جامعـة الجزائــر
كليـة العلـوم الإنسانيـة والاجتماعيـة
قسـم علـم النفـس وعلـوم التربيـة والأرطوفونيـا

تشخيص اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية وعلاقته بأداء بعض العمليات المعرفية والحالة النفسية لدى عينة من تلاميذ المرحلة الثانوية

"ولاية بومرداس نموذجا"

دراسة وبائية عيادية

أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي

إعداد الطالبة:
سامية عرعار

إشـــراف:
الأستاذ الدكتور/ عبد القادر الأمير خياطي

السنة الجامعية : 2009/2008

إهـــــداء

أهدي ثمرة جهدي إلى والدي ؛أمي و أبي رمز الحب والوفاء والعطاء اللذين تحملا معي عناء البحث، حفظهما الله لي ذخراً في الدنيا .

إلى زوجي العزيز الذي كان مؤازري وسندي بالكلمة الطيبة والتخفيف من عناء البحت، أدعو الله أن يبارك لي فيه.

إلى ابنتي مروة التي أدعو الله أن يعوضها عن غيابي خيراً طيلة انشغالي في انجاز هذا البحث.

إلى صديقتي العزيزة جرادي حفصة وإلى إخوتي وأخواتي وإلى من شاركوني مراحل حياتي وساعدوني معنوياً ولو بابتسامة.

إلى كل زملائي وزميلاتي الأساتذة بقسم علم النفس وعلم الاجتماع بجامعة الأغواط الذين شجعوني لإتمام هذا العمل.

سامية

شكر وتقدير

قال رب العزة سبحانه وتعالى في حديث قدسي: "عبدي أنت لم تشكرني إذا لم تشكر من أجريت لك النعمة على يديه" .

صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم فيما بلغ عن ربه رب العزة .

من هذا المنطلق أختم بحثي بالحمد لله رب العالمين والحمد لله رب العرش العظيم، وبعد شكر العزيز العليم، على توفيقه وعلى نعمه التي لا تعد ولا تحصى، أتوجه بعظيم شكري وإمتناني للأستاذ الدكتور عبد القادر الأمير خياطي وأقر بمن الله سبحانه وتعالى علي بهذا الفضل الوافر الذي تجسد في شخص أستاذي الفاضل الذي كان نعم العون والمرشد والناصح الأمين طيلة مسار بحثي، كما كان كذلك طيلة إشرافه لي في الماجيستير، فكانت مشاركته وتشجيعاته وتوجيهاته القيمة دافعا إيجابياً لإتمام هذا العمل، فإليه أسمى آيات شكري وإمتناني العميق، فلم ولن توفيه العبارات حقه، فجزاه الله عني خير الجزاء وأبقاه لطلبته منهلاً من العلم لا ينضب أبداً ومنحه الله الصحة والعافية. آمين.

وإذا كان للباحثة أثناء مسارها هذا في مجال البحث و الدراسة حظاً وافراً، فهو بفضل الله ومنه علي الذي ساقني إلى أستاذي الدكتور _العارف بالله محمد الغندور_

كمشرف ثان من جامعة عين شمس بجمهورية مصر العربية الذي أمدني بالنصح والتوجيه الذي جعل البحث بهذا الشكل، فإليه أسمى آيات تقديري وعرفاني.

كما أتقدم بالشكر إلى زملائي وزميلاتي مستشاري التوجيه المدرسي والمهني وعلى رأسهم السيد بوعلام بومزار مدير مركز التوجيه المدرسي بولاية بومرداس والسيدة الفاضلة المستشارة الرئيسية للتوجيه فريدة بلحيدوش وكذلك مستشارة التوجيه السيدة حسيبة محساس الذين عملوا معي كفريق واحد في إنجاز الجانب العملي من هذا البحث، فلهم مني جميعا جميل تقديري وعرفاني لما بذلوه من جهد في مساعدتي في توسيع عينة البحث.

وإحقاقاً للحق الذي لا يغيب أبداً، فإنه لا يسعني إلا تقديم كلمات شكري وتقديري لأساتذتي الأجلاء أعضاء لجنة مناقشة هذا العمل، والمتكونة من السادة الأساتذة:

- الدكتورة شريفة بوعطة
- الدكتورة دليلة حدادي
- الدكتور عبد الوهاب بن قونية
- الدكتور عبد العزيز حدار

فلهم خالص شكري وتقديري لقبولهم قراءة ومناقشة هذا البحث، وليسمحوا لي أن أخاطبهم عبر العبارات التالية:

هذه محاولة في البحث فإن أصبت فبفضل من الله عز وجل، ثم بتوجيه أساتذتي الأفاضل وإذا كانت الأخرى، فهذا لنقصي وضعف جهدي وفوق كل ذي علم عليم، فلا أدعي كمالاً فمن جهلنا نخطأ ومن خطئنا نتعلم والله الأعلى هو أعلم وأكمل، و أسأله السداد و التوفيق في الفكر والقول و العمل.

فهرس الموضوعات

الفصل الثالث:

تفسير النماذج والنظريات السيكولوجية لاضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية واستراتيجية علاجه

الفصل الرابع:

متغيرات البحث و معالجة مفاهيم :الانتباه ،الذاكرة والحالة النفسية

الفصل السادس:

عرض نتائج الدراسة

الفصل السابع:

مناقشة نتائج الدراسة والمعالجة الاحصائية لبياناتها.

قائمة الأشكال

فهرس الجداول

مقدمة

إن خبرة الجزائر في حرب التحرير الوطنية والمآسي والتعذيب وأحداث العنف الذي عاشها الشعب الجزائري وشهدها، قد تكون خلفت أمراضا عضوية ونفسية تكبدها الذين خرجوا منها أحياء بعد الاستقلال عام 1962. وفي بداية التسعينات، بدأت بوادر العنف تظهر مجددا و لكن هذه المرة، (طرف العدو ليس موجودا) بصمات الجيش الفرنسي غائبة حلت محلها بصمات أيدي عنيفة لم تترك الجزائريين ينعمون بالحرية وراحة البال والطمأنينة والأمن.ومنذ هذا الوقت يعاني الشعب الجزائري أحداثا صدمية متنوعة وفي بعض الأحيان يتعرض إلى أحداث صدمية مركبة. ويعتبر تناول اضطراب الضغوط التالية للصدمة الذي يندرج في نسق ما يعرف بعلم الصدمات النفسية **Traumatology**، موضوعا بحثيا حديثا في عمره الزمني، قد يقدر بقرن منذ ظهوره بمسميات أخرى غير تسميته الحالية التي عرفت رسمياً في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في طبعته الثالثة **DSM III** عام 1980من طرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي، ويعتبر هذا التاريخ حديثا في المجال الإكلينكي، حيث أشارت ما تساكيس (**Matsakis, 1994**) أن أعراض اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية (**PTSD**) قد عرفت وسجلت تحت مسميات أخرى غير الاسم الحالي لها بواسطة عدد كبير من الأطباء والشعراء والمؤرخين حيث يرجع تاريخها إلى العهد الإغريقي.[1]

وأسهمت الحرب العالمية الأولى في لفت انتباه العامة من الناس والأطباء والاختصاصين النفسيين إلى الأعراض المرضية التي ظهرت على الجنود الأمريكيين العائدين من الحرب.وقد أدى ذلك في دفع عجلة التشخيص وذكر ويس وزملائه (**Weiss et al,1992**) أن الأعراض المرضية الناتجة عن الصدمات النفسية التي تعرض لها الجنود الأمريكيون في الحرب العالمية الأولى والحرب العالمية الثانية هي نفسها التي ظهرت على الجنود الأمريكيين العائدين من حرب فيتنام وهي ما تعرف الآن باسم أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمات. هذا الأمر جعل الكثير من النساء ينسبون معاناة بعضهن ومعاناة أطفالهن من هذه الأعراض المرضية النفسية إلى أحداث صدمية تتمثل في

[1] Matsakis, AP; (1994); post traumatic stress disorder: acomplet treatment guide. ca.: new harbinger publications, inc.p.4.

الاغتصاب والعنف العائلي والإيذاء الجنسي والإيذاء الجسمي وغيرها من المواقف والأحداث التي تعرض لها هن وأطفالهن مما نتج عنها اضطرابات انفعالية مزمنة.

ومنذ اعتراف الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام 1980 باضـطراب الضـغوط التالية للصدمات **PTSD**، أصبح علم الصدمات **Traumatology** له خصائصـه المميـزة [1].

ظهر تشخيص اضطراب الضغوط التالية للصدمة في الدليل التشخيصـي الثالـث الصادر في عام 1980 وأفردت له فئة تشخيصية مستقلة تندرج تحت فئـة اضـطرابات القلق، وقد تم تحسين وصف هذا الاضطراب في الدليل التشخيصي الإحصـائي الثالـث المعدل الصادر في عام **(DSMIII-R,1987)**، وأخيرا في الدليل التشخيصي والإحصـائي الرابع **(DSM – IV,1994)**.[2]

وقد أشار فيروري **(Fereri,1999)** أن الإنسان مادام في هذا الوجود فسوف يتعرض في أوقات معينة لمواقف شدة أو ضغوط، والمفهوم الصـحيح لهـذه المواقـف إذا اعتبـرت صدمية، يجب أن تكون مواقف استثنائية أين مستوى العنف فيها يتجاوز بكثير ضغوطات وأحداث الحياة اليومية، ويذكر على سبيل المثال الحروب، العمليات الإرهابية، التعـذيب ،الكوارث الطبيعية حوادث المواصلات بأنواعها، الحرائق، الاعتداءات العنيفة (اغتصاب هجوم مسلح، تفجيرات...).[3]

وشملت الدراسة الحالية عينة تجاوزت الألفين حالة في شقها الوبائي لتوضـيح مصـدر الأحداث الصدمية التي تتأثر بها هذه الفئة وهي فئة المراهقين البالغين من العمر 15 ـ 22 سنة وللبحث عن الفروق بين الذكور والإناث في الأثر السلبي الذي ينتجه الحدث الصدمي وهل توجد فروق كذلك بين المراهقين والمراهقات في أعراض اضطراب الضغوط التالية

---

[1] عن: WEISS ET AL., 1992. محرر في ماهر عمر (2007) التعامل مع الصدمات النفسية ، رؤية تحليلية لممارسات ماهر عمر الإرشادية العلاجية الولايات المتحدة الإكاديمية ميتشيجان للدراسات النفسية، ص.16.

[2] الصبوة، محمد نجيب، (2000) . مراجعة نظرية نقدية لأثر اضطرابات ما بعد الصدمة والعوامل المرتبطة بها على كفاءة بعض الوظائف النفسية لدى عينات عربية وعالمية من المصدومين : دراسة وبائية إكلينكية مجلة الثقافة النفسية، سبتمبر ، 44 (1)، ص.79-117.

[3] Ferreri,M,Et Col., (1999). Les troubles anxieux, paris, ellipses, p.58.

للأحداث الصدمية، أم أن أعراض الاضطراب هي نفسها عند النوعين إذا ما كنا أمام فئة المراهقة المبكرة 15 ـ 18 سنة أو المراهقة المتأخرة 19 ـ 22 سنة.

كما تبحث الدراسة في الفرو ق الموجودة بـين منخفضـي ومرتفعـي اضـطراب PTSD والحالة النفسية للتلاميذ بما فيها الاضطرابات النفسية التالية: القلـق، المخـاوف المرضية، والوسواس القهري، الاضطرابات السيكوسوماتية، الاكتئاب، والهستيريا.

كما تحاول الدراسة العيادية وهي الشق الثاني من البحث الحالي الكشف عـن إمكانيـة وجود فروق بين التلاميذ الذين يعانون من اضطراب الـ PTSD والتلاميذ الآخرين الذين لا يعانون من الاضطراب، وأثر ذلك على كفاءة آدائهم على الاختبارات المعرفية والحالة النفسية وهذا حسب السن والنوع.

ولتوضيح هذه الجوانب من الدراسة جاء البحث الراهن في قسمين، حيث اشـتمل القسم الأول على الجانب النظري الذي تكون من أربعة فصول حيث جاء الفصـل الأول ليوضح موضوع الدراسة وأهميتها ومبررات إجرائها و صياغة المشكلة حيث اشتمل على دراسة الأحداث الصدمية الطبيعية والبشرية من خلال إستخلاص عام للدراسات السـابقة حول الموضوع، وأهمية الدراسة النظرية والتطبيقية ومبررات إجرائها والتطرق إلى كل التعاريف الإجرائية التي جاءت بها الدراسة واشتمل الفصل أيضا على مشكلة وفرضيات وحدود الدراسة.

أما الفصل الثاني، فقد تطرق إلى اضطراب الضغوط التالية للأحـداث الصـدمية واستراتيجية تشخيصه، حيث اشتمل الفصل على تطور المفهوم عبر التـاريخ وبالتحديـد عبر الحضارات القديمة والأدب العالمي وعبر علم النفس المرضي والطب النفسي وعبر الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات النفسية.

كما تضمن الفصل طبيعة الصدمة والحدث الصدمي ومفهوم وطبيعـة اضـطراب الضغوط التالية للأحداث الصدميةPTSD .

كما تطرق الفصل إلى استراتيجية تشخيص اضطراب الضغوط التاليـة للأحـداث الصدمية PTSD موضحاً في ذلك المعطيات الوبائية لانتشاره وعوامل الخطر في تطوير

الاضطراب من خلال بعض الدراسات السابقة في ذلـك. كمـا تضـمن الفصـل الصورة العيادية للاضطراب والأعراض الأساسية لـه حسـب المحكـات التشخيصـية لـلـDSM IV,1994 والأعراض الثانوية المصاحبة للاضطراب وتقـديره مـن خـلال المقابلة العيادية المقننة والمقاييس السيكومترية والمقاييس النفسية الفسيولوجية.

أما الفصل الثالث فقد تطرق إلـى تفسـير النمـاذج والنظريـات السـيكولوجية للاضطراب واستراتيجية علاجه، حيث تضمن النماذج والنظريات الحيويـة والعصـبية والفسيولوجية والنماذج والنظريات السيكودينامية والنماذج والنظريات السلوكية والنمـاذج والنظريات النفسية الاجتماعية والنماذج والنظريات المعرفية وأخيراً النظرية التكاملية التي تبنينها في هذه الدراسة.

أما الفصل الرابع فقد خصص للمتغيرات التابعة للدراسة حيث اشتمل على الانتباه من نواحي عديدة: تعريفه، خصائصه، أشكاله، مصادر معالجتـه وأساسـه الفسـيولوجي ووظائفه كما تضمن الذاكرة من جوانب تعريفهـا، وأنواعهـا، ومظاهرهـا الأساسـية، وبيولوجيتها، ونظرية النسيان ومقاييس التذكر.

كما تطرق الفصل إلى عرض الحالة النفسية التي تكونت من ستة اضطرابات وهي القلق، والمخاوف المرضية، الوسواس القهري، الاضطرابات النفسجسـدية، والاكتئـاب، والهستيريا. وعرضنا لتعاريفاتها وأنواعها ومعدلات انتشارها وتصنيفاتها. واختتمنا كـل فصل من الفصول الأربعة السابقة بملخص لما ورد فيه.

أما الجانب الميداني من الدراسة فقد اشتمل على ثلاثة فصول. أما الفصل الخامس فقد تضمن منهج الدراسة في قسميها الوبائي والعيادي الذي يتمثل في مكان وعينة وأدوات الدراسة.

كما تضمن الفصل الخامس الدراسة الاسـتطلاعية وتقنـين الأدوات وإجـراءات التطبيق والمعالجة الإحصائية.

أما الفصل السادس، فتضمن عرض نتائج كل من الدراسـة الوبائيـة والدراسـة العيادية على حدة. وتضمن الفصل السابع مناقشة النتائج وتمثلت في مناقشة نتائج الدراسة في ضوء مدى التحقق من صحة الفروض والنتائج السابقة والتصور النظـري المقتـرح

لتفسير النتائج الحالية وحدود تعميم نتائج الدراسة، و الفائدة التطبيقية لها ومـا يمكـن أن تسفر عنه الدراسة الراهنة من أسئلة وفروض مستقبلية جديرة بالبحث. كما تضمن الفصل إستخلاصا عاما لنتائج البحث واختتم بمقترحات للدراسـة وتضـمنت الفصـول الثلاثـة ملخصات لها.

الفصـــل الأول

الفصل الأول:

موضوع البحث وأهميته ومبررات إجرائه.

أ- مشكلة البحث

ب- أهمية البحث

ت- مبررات إجراء البحث.

ث- تحديد المفاهيم و التعريفات الإجرائية لمصطلحات البحث.

ج- إستخلاص عام للدراسات السابقة حول الموضوع

ح- فرضيات البحث .

خ- حدود البحث .

د- ملخص الفصل .

تمهيـــد:

يتطرق هذا الفصل إلى عرض مشكلة الدراسة وأهميتهـا و مبـررات إجرائهـا وتحديد المفاهيم الاجرائية لها، كما يتضمن استخلاصا عاما للدراسـات السـابقة حـول موضوع الدراسة وكذا فرضيات البحث وحدود الدراسة.

أ- مشكلة الدراسة:

عانى الفرد الجزائري مختلف النتائج السلبية للعنف من اختطاف، قتـل، تعـذيب، أسر، ومجازر فردية وأخرى جماعية بوسط الجزائر العاصمة ومناطق أخـرى الـرايس وبن طلحة ، كانت مسرحا لتفجيرات متعددة و متنوعة بشتى الوسائل المتفجرة ومنهـا على سبيل المثال ، مراكز الأمن، ثكنات ومراكب الجيش، قصـر الحكومـة، الموكـب الرئاسي، العمارات، ودور البلديات. كلها أحداث صدمية بشرية تعـرض إليهـا الفـرد الجزائري، سواء كان طفلاً، مراهقاً، راشدا فالكل شهد وسمع وحتـى الطبيعـة كانـت مصدرا لأحداث صدمية أخرى شكلت ضغوط إضافية للفرد المصدوم.

ومن بين الأحداث الصدمية الطبيعية فيضانات باب الواد عام 2001 التي خلفـت مئات القتلى وخسائر مادية، وزلزال بومرداس 21 ماي 2003 الذي بلغ 7.3 بمقيـاس ريختر، حيث خلف أكثر من 3000 حالة وفاة وخسائر مادية معتبرة والذي دامت هزاته الارتدادية ما يقارب الثلاث سنوات معلنة كلما عاودت التحرك عن قلق و خوف و هلـع المصدومين الذين تعرضوا إلى الأحداث العنيفة سالفة الذكر.

من كل ما سبق نستطيع أن نقول أن حياة الجزائريين كانت مطبوعة بأحداث عنيفـة (صدمية) منذ عشرية و نصف تقريبا و أصبحت الجزائر مجالاً واسعاً وميداناً خصـباً لدراسة ما يعرف بـ " الصدمة النفسية" الناتجة عن الحدث الصدمي سواء كـان مـن صنع البشر او الطبيعة وقد دفع ذلك الباحثة للاطلاع في التراث السيكولوجي مـن أجـل البحث عن أكثر الأحداث الصدمية انتشارا و التي يمكن أن تؤثر بأبعادها الثلاثة التهديـد بالموت، الرعب، والعجز عن التصرف، على الإصـابة باضـطراب الضـغوط التاليـة للاحداث الصدمية لدى الأطفال والراشدين عامة وتلاميذ المرحلة الثانويـة (المـراهقين)

محل هذه الدراسة، كما تسعى الباحثة للتعرف على الفروق بين الـذكور والانـاث مـن التلاميذ في الاحساس بالأثر السلبي للاحداث الصدمية من عدمه. كما أنها تهـتم بالبحـث عن الفروق بين التلاميذ في أعراض اضطراب الضغوط التاليـة للأحـداث الصـدمية، حسب النوع والسن .

و تبحث الدراسة في الفرو ق الموجودة بين منخفضي ومرتفعي اضطراب PTSD والحالة النفسية للتلاميذ بما فيها الاضطرابات النفسية التالية: القلق، المخاوف المرضـية، والوسواس القهري، الاضطرابات السيكوسوماتية، الاكتئاب، والهسـتيريا.كمـا إهتمـت بالبحث عن الفروق بين المصدومين من طرف الطبيعة والبشر في شدة الإضطراب .كما تحاول الباحثة الكشف عن وجود فروق بين التلاميذ الذين يعانون من اضـطراب الـ ـ PTSD والتلاميذ الآخرين الذين لا يعانون من الاضطراب، ومدى تأثير ذلك على كفاءة آدائهم على الاختبارات المعرفية والحالة النفسية وهذا حسب السن والنوع.

وذلك من خلال القيام بدراسة وبائية وأخرى عيادية على العينة موضوع البحـث. وقد اهتمت الباحثة بفحص وكشف هذا الموضوع لغياب أو على الأقل لقلة وجود دراسات نفسية متخصصة في مجال الصدمة لدى المراهقين في العالم العربي عموما وبلادنا تحديدا بالإضافة إلى عدم وجود معطيات احصائية عن إنتشارانعكسات الاحـداث الصـدمية ولا حتى مركزعلاجي يعنى بالتكفل النفسي بهذه الشريحة من الشباب.

وفيما يلي تستخلص الباحثة مجموع التساؤلات التي تثيرها الدراسة الحاليـة فـي النقاط التالية:

1- ما هي أكثر الأحداث الصدمية التي تعرض لها أو شهدها التلاميذ وترتيبهـا مـن حيث شدة الآثار المدركة والمتمثلة في الأبعاد الثلاثة المطورة لاضطراب الضغوط التالية للصدمة والمتمثلة في التهديد بالموت، الرعب والعجز عن التصرف؟.

2- ما هي نسبة التلاميذ الذين تعرضوا أو شاهدوا الأحداث الصدمية حسب شدة تأثير الأبعاد الثلاثة المطورة لاضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية (**PTSD**)؟.

3- هل هناك فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث في درجة الإحسـاس (الإدراك) بالأثر السلبي الخاص بالحدث الصدمي وفق الأبعاد الثلاثة المطـورة لاضـطراب **PTSD**؟

4- هل هناك فروق دالة احصائيا بين الذكوروالاناث في اعراض اضطراب الضغوط التالية للاحداث الصدمية (**PTSD**)؟

5- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المراهقين والمـراهقين المتـأخرين فـي أعراض إضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية؟

6- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين شدة اضطراب الضغوط التالية للأحـداث الصدمية وابعاد الحالة النفسية للتلاميذ؟

7- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية بـين المصـدومين مـن طـرف الطبيعـة والمصدومين من طرف البشر في شدة اضطراب الضـغوط التاليـة للأحـداث الصدمية؟

8- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين باضطراب الضـغوط التاليـة للأحداث الصدمية وغير المصابين في كفاءة الأداء على اختبارات الانتباه والتذكر والحالة النفسية؟

9- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث المصابين بPTSD فـي كفاءة الأداء على اختبارات الانتباه والتذكر والحالة النفسية؟

10- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المـراهقين والمـراهقين المتـأخرين المصابين ب PTSD في كفاءة الاداء على اختبارات الانتباه والتذكر والحالة النفسية.

ب- أهمية الدراسة :

تتضح أهمية الدراسة الحالية من افتراض أساسي وهو تزايد التعرض للأحداث الصـدمية سواء كان مصدرها الإنسان أم الطبيعة والمتمثلة في الفيضانات، الزلازل، القتل، حوادث السيارات، العمليات الإرهابية بمختلف أنواعها وما أكثرها في مجتمعنا خاصة في العشرية والنصف الماضية وما ينتج عنها من احتمال تطوير أعراض اضطراب الضغوط التاليـة للصدمة لدى الأفراد المتعرضين لها، حيث تؤكد ماج وستاراس **(Maj & Starace,1989)** حدوث اضطرابات نفسية لدى بعض الأفراد الذين تعرضوا لكارثة زلزاليـة بإيطاليـا وكان الاكتئاب العصابي هو الذي ميز المصدومين باعتباره أكثر الاضـطرابات النفسـية شيوعاً بعد الأحداث الصدمية.

كما يؤكد ميكينباوم **(Meichenbaum,1994)** أن معدلات الأحداث الصدمية التـي هي من صنع البشر في تزايد مستمر ولا سيما أن هناك 48 دولة أو أكثر من دول العالم نشأت فيها حروب أو نزاعات داخلية أو صراعات مما يترتب عليه معاناة الأفراد الـذين تعرضوا لتلك الأحداث الصدمية من اضطرابات وأثار نفسية سلبية. [1]

بالإضافة إلى ما ينجم عن اضطراب الضغوط التالية للصدمة من تـدهور فـي بعـض الوظائف المعرفية كالانتباه والتفكير والتعليم. [2]

حيث تكشف الدراسات المتعددة على أنواع مختلفة من الأحـداث الصـدمية فـي المجتمع الذي تعرض لهذه الصدمات سوف يتزايد بمقـدار (20%) حيـث تبـين إثـر استعراض لآثار (52) كارثة تزايد انتشار الاضطرابات النفسية بمقدار (17%) بالمقارنة مع مجموعات ضابطة أو بالمقارنة مع مستويات الاضطرابات النفسية قبل الكارثة.

---

[1] Meichenbaum, D. (1994), Aclinical Handbook Practical Therapist Manual for Assessing Awol Treating Adults with post traumatic stress disorder (PTSD). Institute press, p. 29

[2] عبد الحليم، إيمان (2004). أثر اضطرابات ما بعد الصدمة على كفاءة بعض الوظائف المعرفية والتوافق النفسي الاجتماعي لدى عينة من المصدومين، رسالة دكتوراه كلية الأداب، جامعة القاهرة غير منشورة. ص.14

وسوف تطور نسبة (20%) المذكورة مزيداً من الأعراض المرتبطة بالضغوط مثل الاكتئاب والهلع والقلق العام، والتي يمكن أن تشخص في نفس الوقت مع اضطراب الضغوط التالي للصدمة وقد يلجأ (30%) من المصابين بـ PTSD إلى سوء استخدام الكحول أو المؤثرات العقلية.[1]

إن المهتم بالأنباء اليومية والأخبار العادية بالجزائر قد يجد فيها أحداثاً صدمية تحدث من الحين إلى الآخر، سواء كانت أحداث طبيعية من نوازل القدر كفيضانات باب الوادي 2001، زلزال ولايتي بومرداس والجزائر 2003، فيضانات عدة ولايات من الوطن 2007، أومن أحداث البشر كالعمليات الإرهابية المتنوعة وهذا منذ عام 1991 التي اتخذت أشكالاً متعددة: حواجز مزيفة، اشتباكات مسلحة، اختطاف، قتل، واستقرت في التفجيرات بوسائل المواصلات المفخخة، حيث اكتسبت طابع التفجيرات الانتحارية.

إن التوجه الأساسي لهذه الدراسة التي تغوص في مجال علم الصدمات النفسية هو البحث والتنقيب عن مقدار شيوع الأحداث الصدمية والتعرف على تأثيرها باختلاف طبيعتها وتباين الأفراد في إدراكها والإحساس بها ومدى التأثر بها إلى درجة تطوير اضطراب الضغوط التالية للصدمة وعلى هذا النحو تنحدر أهمية الدراسة الحالية في جانبين:

1- **الجانب الأول :** ويتمثل في الأهمية النظرية والأكاديمية للدراسة

2- **الجانب الثاني :** ويتمثل في الأهمية التطبيقية للدراسة.

أولاً : الأهمية النظرية والأكاديمية للدراسة :

1- رفع الغموض والتوصل إلى التفرقة بين عدة مفاهيم، الصدمة، الحدث الصدمي، الحدث الضاغط وتوضيح علاقة المفاهيم السابقة بمفهوم اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

---

[1] عبد الخالق أحمد، (1998) . الصدمة النفسية مع إشارة خاصة إلى العدوان العراقي على دولة الكويت، مطبوعات جامعة الكويت .، ص.257.

2- تقديم تصنيف للأحداث الصدمية حسب مصدرها وتأثيرها فمن حيث المصدر هل هي من فعل البشر أو كارثة طبيعية ومن حيث التأثير هل أثرت تأثيراً مباشراً على الذات أو غير مباشر من خلال الأثر على الآخرين.

3- الكشف عن مدى شيوع الأحداث الصدمية المطورة لاضطراب الضغوط التالية للصدمة وفق الأبعاد الثلاثة المدركة من طرف الفرد والمتمثلة في الشعور بتهديد الحياة، والرعب والعجز عن التصرف.

4- تقديم نموذج تكاملي يشير إلى وجود عوامل نفسية واجتماعية وبيولوجية تقوم بدور الوسيط في تكوين رد الفعل الاضطرابي وظهوره والمطور لاضطراب الضغوط التالية للصدمة وضرورة الاهتمام بدراسة تلك العوامل عند بناء أي برنامج وقائي أو برنامج علاجي لاضطراب الضغوط التالية للصدمة.

5- توفر الدراسة بيانات مرجعية في إطار جديد لواقع الأحداث الصدمية والذي لا يحصرها في صدمات الحروب أو الاقتتال المدني وامتدادها لتشمل المواقف التي تخرج عن نطاق الخبرة العادية، وتستدعي قدراً هائلاً من الانفعالات مثل الكوارث الطبيعية، والأحداث الإرهابية مثل التفجيرات والاشتباكات المسلحة وأحداث أخرى مؤلمة.

6- تحديد أهم المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية التي تتفاعل مع الأحداث الصدمية، بحيث تزيد في معدلات الإصابة باضطراب الضغوط التالية للصدمة.

ثانياً : الأهمية التطبيقية :

1- المشاركة في تحسين تشخيص اضطراب الضغوط التالية للصدمة عن طريق اختبار موضوعي شمل المحكات التشخيصية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة من خلال

الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات النفسـية (DSM IV ,1994) والأعـراض المصاحبة والواسمة له ومن خلال قائمة الأحداث الصدمية التي يسبق تطبيقهـا اختبـار PTSD أثناء عملية التشخيص. خاصة في ظل تداخل أعراض PTSD مـع أعـراض بعض الاضطرابات النفسية أو الذهانية.

2- توفير مجموعة من المعايير الإحصائية للاختبارات التي تم استخدامها فـي الدراسـة لتوظيفها بعد ذلك لأهداف تربوية وأكاديمية وعيادية وإرشادية ومهنية.

3- المساعدة في إعداد خطط وقائية لرفع الاستعداد النفسي لأبناء المجتمـع الجزائـري لمواجهة الكوارث الطبيعية والأحداث الصدمية البشرية من خلال المساهمة فـي تـوفير أساس من المعطيات.

4- المساهمة في إعداد برنامج علاجي لمرضى اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

- التوصل إلى مجموعة من المقترحات الوقائية لخفض تأثير الاضطرابات النفسية التالية للصدمة.

5 **ت - مبررات إجراء الدراسة :**

انطلاقاً مما سبق نستطيع أن نستنتج عدة مبررات مهدت الطريق لإجراء الدراسـة الحالية والتي نخلصها فيما يلي :

1. النقص الموجود في الدراسات التي تناولت الموضوع على المجتمع الجزائري على الرغم من توفر وقوع الأحداث الصدمية بمختلف أنواعها، طبيعيـة وبشـرية أو حتـى تكنولوجية، والتي قد تؤدي إلى إصابة المتعرضين لها باضطرابات نفسية متعددة، يأخـذ اضطراب الضغوط التالية للصدمة (PTSD) حصة الأسد فيها.

ومن المعلوم أن الجزائر كانت مسرحاً للأحـداث الصـدمية الطبيعيـة والمتمثلـة فـي الفيضانات، الزلازل، وما ينتج عنها من خسائر خطيرة على المستوى الجسـدي (عجـز كامل أو شبه كامل، وفاة) أو على المستوى المادي، الاقتصادي (تهديم عدد كبيـر مـن المنازل، المدارس، والمستشفيات).

كما عانت الجزائر من ويلات الإرهاب ونتائجه السلبية: مجازر جماعية، وقتـل فـردي، واختطاف، وهجومات مسلحة على الأمن، واشتباكات مسلحة، وتفجيرات حواجز مزيفـة، وقتل برصاص طائش، وتفجيرات انتحارية.

ولا يوجد شك في أن كل الأحداث الصدمية التي وقعت قد تؤثر علـى الصـحة النفسـية لبعض للجزائريين على اختلاف جنسهم وسنهم، فقد يتجسد اضطراب الضـغوط التاليـة للاحداث الصدمية وما قد يصاحبه من اضطرابات نفسية متمثلة في المخاوف المرضـية والاكتئاب والقلق والهستيريا الأمراض النفسجسدية والهلع أو اضطرابات معرفية قد تتمثل في انخفاcxض كفاءة أداء الانتباه والذاكرة لدى المصدومين من الجزائريين زيادة علـى ارتفاع معدل الأحداث الصدمية المتعددة مثل السرقة، والاغتصاب والقتل والوفاة المفاجئة والانتحار...) وما يتبعها من تأثيرات سلبية على الصحة النفسية.

كل هذا دفعنا للتصدي لهذه الظاهرة بالدراسة والكشف والفحص من أجل الوقـوف علـى تشخيص علمي لنتائج الأحداث الصدمية والمتمثلة في مختلـف الاضـطرابات النفسـية المعروفة في ميدان علم النفس المرضي والتصدي لها بتوفير معـايير لبـرامج علاجيـة ووقائية مناسبة، خاصة وأن الجزائر لا تتوفر على أي دراسات لمعدلات انتشـار نتـائج الأحداث الصدمية ولا على أي مركز للوقاية من آثارها أو تشخيصها وعلاجها.

2. عدم اهتمام الدراسات السابقة بالعلاقة الموجودة بين اضـطراب الضـغوط التاليـة للأحداث الصدمية والحالة النفسية والعمليات المعرفية لدى المصدومين وهي إحدى نقـاط اهتمام الدراسة الراهنة.

3. تزايد معدلات الأحداث الصدمية المتنوعة بالجزائر حيث أصبحت تؤثر على مختلف شرائح المجتمع الجزائري، وعلينا تناول هذه الشـريحة "الضـحية" بالدراسـة والبحـث والكشف عن الآثار السلبية المترتبة عن الأحداث الصدمية المتعرض لها، سـواء علـى مستوى الحالة النفسية أو على مستوى العمليات المعرفية للفرد المصدوم.

4. الإسهام العلمي في توفير اختبار تشخيصي مقنن يتضـمن المحكـات التشخيصـية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الرابـع (DSM IV, 1994) المحرر من طرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي.

5. بعض الثغرات التي تم ملاحظتها بالبحث في تراث الدراسات السابقة التي اهتمـت بدراسة الموضوع. والتي لم نخصص لها فصلا مستقلا بذاته في البحث الحـالي ولكـن وظفنا نتائجها في بعض فصول الدراسة والتي تمثلت في :

اتساع المدى العمري لبعض الدراسات السابقة، وذلك ما يسمح بتدخل متغيرات أخرى منافسة مثل التقدم في العمر.

أ. إهمال الجانب الفردي لاضطراب الضغوط التالية للصدمة وعدم تطبيـق مقـابلات فردية مع المصدومين والتركيز أكثر على الدراسات الوبائية وذلك مـا يـؤدي إلـى الدراسة السطحية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة.

6. ظهور نماذج نظرية تعمل على تفسير اضطراب الضغوط التالية للصـدمة وفـي مقدمتها نموذج معالجة المعلومات، حيث أن معاناة المرضى قد تتشكل من جـراء تشـوه المعارف والمعتقدات والإدراكات وتؤدي إلى اشتعال أعراض أخرى تميز الاضـطرابات النفسية وتعمل على بقائها واستمرارها.

كما كانت نتائج ظهور النظريات الجديدة في إيجاد أسباب تطوير اضـطراب الضـغوط التالية للصدمة جد مفيدة في تطوير مجموعة من العلاجات النفسية و الطبية النفسية **..**

ث – تحديد المفاهيم و التعريفات الإجرائية لمتغيرات الدراسة:

تضمنت الدراسة عددا من المتغيرات المستقلة والتابعة، نحدد تعريفاتها الإجرائية على النحو التالي:

1) التشخيص: وهو تقييم اضطراب الضغوط التالية للأحـداث الصـدمية مـن خـلال المعلومات والأعراض بنوعيها الكمي والكيفي وذلك بوسائل اسـتخدمتها الباحثـة وهـي اختبار الضغوط التالية للأحداث الصدمية والمقابلة المقننة لكروك.

2)الأحداث الصدمية: وهي كل الأحداث التي تضمنتها قائمة الأحداث الصدمية والتي من الممكن أن يتعرض لها أي فرد من أفراد العينة أو يكون شاهدا عليها وبلغـت عشـرين حدثا زيادة على الحدث الذي ترك لاستعادته من طرف أفراد العينـة خلافـا للأحـداث الأخرى التي تم التعرف عليها من طرف أفراد العينة. وقد شملت الأحداث الصدمية واحد وعشرين حدثا صدميا، قسمناها وفق معيار مصدر الحدث والذي أنتج نوعين من الأحداث الصدمية وهما:

- الأحداث الصدمية الطبيعية .

- الأحداث الصدمية البشرية .

وفيما يلي أرقام الأحداث الصدمية كما جاءت مبينة في قائمة الأحداث على حسب نوع كل حدث.

-الأحداث الصدمية الطبيعية : وتأخذ أرقام 8- 9- 10على قائمة الأحداث الصدمية .

2- الأحداث الصدمية البشرية (من صنع البشر).بقية الأرقام الأخرى الواردة على نفـس القائمة.

كما تضمنت قائمة الأحداث الصدمية على أبعاد ثلاثة بينت الأثار المدركـة مـن طرف أفراد العينة لما خلفته الأحداث الصدمية المذكورة سابقا" من:

أ- تهديد بالموت

ب- الرعب.

جـ- العجز عن التصرف.

وقد قيس هذا التأثير من خلال ميزان ليكارت الخماسي قليلا،أحيانا،كثيرا،أبدا دائما، والذي أخذت درجاته على الترتيب 1،2،3،4،5 .

3) اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية PTSD

ويمكن تعريفه بمجموعة الأعراض المتمثلة في الأبعاد التسعة الموجودة بمقيـاس اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية والتي تم إعداده من طرف الباحثة وعليه فإن التعريف الإجرائي لاضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية يتمثـل فـي التنـاذرات (مجموعة الأعراض) التي تقيسها بنود الاختبار المتكونة من 62 بندا والموزعة على تسعة أبعاد.

وتكونت أبعاد المقياس من:

1- الشعور بمعاودة معايشة الحدث ويتكون هذا البعد من 8أعراض(8بنود)

2- تجنب المنبهات المرتبطة بالصدمة ويتكون هذا البعد من 7أعراض(7بنود)

3- فقدان الاهتمام والإحساس بخدر الانفعالات ويتكون هذا البعد من 9أعراض (9بنود)

4- إفراط التنبيه: أو الاستثارة الدائمة ويتكون هذا البعد من 7أعراض(7بنود).

5- الشعور بالذنب ويتكون هذا البعد من عرضين(بندين).

6- التعب النفسي : ويتكون هذا البعد من 4أعراض(4بنود).

7- اضطرابات سلوكية : ويتكون هذا البعد من 6 أعراض(6بنود).

8- اضطرابات نفسية عصابية ويتكون هذا البعد من11 عرض(11 بند).

9- اضطرابات نفسجسدية : ويتكون هذا البند من 8 أعراض (8 بنود).

4) **النوع** : ونقصد به إجرائيا كل من الذكور والإناث من أفراد عينة البحث وأدائهما في قائمة الأحداث الصدمية واختبارات العمليات المعرفية (الانتباه والتذكر)ومقياس اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية واختبار ميدل سيكس للحالة النفسية .

5) **الحالة النفسية** :ويمكن تعريفها بالحالة التي تجمع ما بين الاضطرابات النفسية التالية: القلق، والمخاوف المرضية، الوسواس القهـري، الاكتئـاب، الهسـتيريا، الاضـطرابات السيكوسوماتية كما جاءت في مجموعة أسئلة للحالة النفسـية للصـورة العربيـة لمقيـاس مشتشفى ميدل سيكس من إعداد محمود سامي عبد الجواد، وجيه جرس ويحيى الرخـاوي. وبالتالي يمكن إعطاء تعريف إجرائي لكل اضطراب من اضطرابات التي تتضمن المقياس.

- **القلق** : ويتمثل في مجموعة الأعراض المبينة في هذا البعد (القلق) في المقياس الكلي للحالة النفسية ويبلغ عدد بنود البعد ثمانية أعراض والتي تتوافق مع البنود التالية: 1-2-3-4-5-6-7-8.

- **المخاوف المرضية**: وتتمثل في مجموعة الأعراض المبينة في هذا البعد (المخـاوف) من المقياس الكلي ويبلغ عدد بنود البعد ثمانية بنود والتي تتوافق مع البنود التاليـة: 9-10-11-12-13-14-15- 16.

- **الوسواس القهري** :ويتمثل في مجموع الأعراض المبينة في هذا البعد (الوسواس) من المقياس الكلي ويبلغ عدد بنود البعد ثمانيةأعراض والتي تتوافق مع البنود التاليـة: 17-18-19-20-21-22-23-24.

- **الاضطرابات السيكوسوماتية** : وتتمثل في مجموع الأعراض الموضحة في هذا البعد (السيكوسوماتي) ويبلغ عدد بنود البعد ثمانية أعراض والتي تتوافق مع البنود الآتية:25-26-27-28-29-30-31-32.
- **الاكتئاب** :ويتمثل في مجموع الأعراض الموضحة في هذا البعد (الاكتئاب) ويبلغ عدد بنود البعد ثمانية أعراض والتي تتوافق مع البنود الآتية: 33-34-35-36-37-38-39-40.
- **الهستيريا** :وتتمثل في مجموع الأعراض الموضحة في هذا البعد (هستيريا) من الاختبار للحالة النفسية حيث يبلغ عدد بنود البعد ثمانية أعراض والتي تتناسب مع أرقام البنود التالية:

41-42-43-44-45-46-47-.48

6) المرحلة الثانوية:

مرحلة التعليم الثانوي تقابل المرحلة النفسية التي يطلق عليها المراهقة وقد قسمنا عينة الدراسة إلى قسمين :

1- مراهقة مبكرة :وتراوحت ما بين سن 15 إلى 18 سنة.

2- مراهقة متأخرة: وتراوحت مابين سن 19 إلى 22 سنة .

ج- إستخلاص عام للدراسات السابقة :

سوف تعتمد الباحثة في معالجتها للدراسات السابقة حول موضوع الأحداث الصدمية واضطراب الضغوط التالية لها في الفصل الراهن و كذا الفصول اللاحقة حيث بدأت بعرض إستخلاص عام للدراسات السابقة حول الاحداث الصدمية الطبيعية و الاحداث الصدمية البشرية ،التي تعرض اليها الإنسان عبر تاريخه الطويل.

هذه الخبرات والمواقف التي يمكن أن نقسمها إلى قسـمين، قسـم الكـوارث الطبيعيـة كالزلازل والبراكين والفيضانات والأعاصير وكوارث من صنع البشر كالحروب والآسر، والاغتصاب والتعرض للاعتداء البدني.... [(1)]

ويعد اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية من أكثر الاضطرابات النفسـية التي لابد لها من التدخل العلاجي الفوري، حيث يمتد تأثيرها لـيس فقـط علـى الفـرد المصدوم وحده، بل يتعداه ليستقر عند الأخرين الذين يعيشون معه.

فقد أشار سلومن (**Solomon,1992**) أنه بعد 6 سنوات من حرب لبنان أظهرت زوجـات الجنود - الذين كانوا بساحات الحرب وأصيبوا باضطراب الضغوط التالية

للصدمة – ارتفاعا في أعراض الاضطرابات النفسية، وكذلك خللا في العلاقـات الزوجية والعائلية.[(2)]

أما الأعراض المميزة لاضطراب الضغوط التالية للصـدمات فتتضـمن إعـادة معايشة الحدث الصدمي عن طريق الذاكرة التي تفرض نفسها من حين إلى آخر أو فـي صورة أحلام مزعجة، وقد يصاحب هذا إحساس بالخدر النرولوجي أو التبلد الانفعالي أو الانفصال عن الآخرين وعدم الاستجابة للمحيطين، وتجنب المواقف التي تذكره بالحـدث الصدمي، كما توجد غالبا حالة من الاستثارة الزائـدة والاسـتجابات الترويعيـة والأرق المزمن وقد يصاحب هذه الأعراض القلق والاكتئاب والتفكير في الانتحار وقد يلجأ الفرد إلى المخدرات والكحوليات بصورة مفرطة.[(3)]

إذن يمكن للفرد أن يمر بخبرة الحدث الصدمي بطرق مختلفة منها :

1- الاقتحام المستمر للحدث الصدمي لذاكرة الفرد، أو الاستعادة المتكررة عن طريـق التخيل والأحلام المزعجة (الكوابيس) أو الأفكار التي تقتحم تفكيره أو التي يستدعيها.

[(1)] الخواجة ، جاسم محمد، (1996). بناء مقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة في المجتمع الكويتي، دراسات نفسية مج 6، ع3 يوليو ، ص ص. 313-330.

[(2)] Meichenbaum, D. (1994), Aclinical Handbook Practical Therapist Manual for Assessing Awol Treating Adults with post traumatic stress disorder (PTSD). Institute press, p.61.

[(3)] The ICD-10 (1992). Classification of mental and Behavioral disorder: clinical description and diagnostic guidelines" geneva: world health organization, p.148.

2- إنكار الحدث الصدمي وينعكس ذلك في اسـتجابات الخـدر الانفعـالي والتجنـب والإحساس بالعزلة وضعف الاستجابة الوجدانية.

قد يحدث لدى الفرد المصدوم في بعض الحالات، تفكك في النشاط العقلي تتراوح مدتـه بين ثوان محدودات إلى عدد من الساعات وربما أيام. مما يسمح لمكونات الحدث الصدمي لأن تحيا مرة ثانية في الذاكرة، ويسلك الفرد كما لو كان الحدث قد وقع الآن وعـادة مـا يتجنب مريض اضطراب الضغوط التالية للصدمة كل المنبهـات والمواقـف المرتبطـة بالصدمة، ويبذل جهدا كبيرا لتفادي الأفكار والمشاعر

3- التي تدور حول الحدث الصدمي، وربما يشكو من العجز عـن مبادلـة الآخـرين مشاعرهم، وربما يتولد لديه شعور بمستقبل غير واعد، حيث يتوقع أنه لن تكـون لديـه وظيفة ولا بيت ولا زوجة ولا أطفال أو أية حياة اجتماعية طبيعية.[1]

ومن أمثلة الأحداث الصدمية التي يمكن أن تطور اضطرابات ما بعد الصدمة ما يلي:

1- حوادث وسائل المواصلات بكل أنواعها البرية، البحرية والجوية وما يترتب عنهـا من إصابات عضوية أو قتل أو مشاهدة الأجساد المتناثرة هنا وهناك، كحوادث السـيارات وتحطم الطائرات وتصادم القطارات وغرق السفن التي قد تحدث في أي مجتمع.

2- الكوارث الطبيعية كالزلازل والبراكين والأعاصير والسيول والفيضانات ...الخ وما ينتج عنها من خسائر كبيرة في الأموال والأرواح. [2]

3- السرقات والحوادث الإجرامية أو حوادث السـطو المسـلح أو العـدوان المـؤذي والإرهاب السياسي والاعتقالات والتعذيب والخطف والتهديد واحتجاز الرهائن مثل خطف الطائرات واحتجاز ما بها من أبرياء كرهائن.

4- الشعور بالتهديد وفقدان الأمان، كتهديد حياة الفرد وتهديد تكامل أعضائه الجسمية أو التهديد الذي يقع على الزوجات والأبناء والأقارب وإلحاق الأذى بهم أو رؤيـة أخـرين يتعرضون للتهديد. [1]

---

[1] American Psychiatric association (APA): Diagnostic and statistical Manual of mental Disorders (D SM-IV), (1994). Washington, DC., P.425.

[2] عبد الحليم، إيمان:(2004): مرجع سبق ذكره ، ص.8.

الحروب وما ينتج عنها من دمار ومصائب وكذلك التعرض للقصف بالقنابل كما حدث في الحربيين العالميتين والحرب الكورية وحرب فيتنام وحروب العرب مع

5- إسرائيل، وحرب الخليج والحرب بين الإسرائيليين والفلسطينيين، وكـذلك العـدوان على العراق وما ينتج عن تلك الحروب من مجازر بشرية وما يترتب عليها مـن آثـار نفسية سلبية قد تحتاج للتدخلات العلاجية المختلفة من أجل إعادة تأهيل هـؤلاء الضـحايا لكي يواصلون حياتهم من جديد. [2]

6- الكوارث الصناعية أو التكنولوجية كإنفجارات المفاعلات النووية مثـل إنفجـارات مصانع البارود ومصانع الغاز الطبيعي ومصانع البتروكيماويات.

7- التشويه الجسدي الذي ليس له شفاء أو بتر أحد أعضاء الجسم كاستئصال الثدي لدى السيدات. [3]

حيث أشارت دراسات بولتر، كوبمان كلاسـن، سـبيجل **(Bulter, Koopman, Classen & Spiegel, 1994)** وكذلك كاردوفا، كحركلسن، كونيقهام وأنـدري كاوسـكي **(Cordova, Cuningham Caklson & Andry Kauski, 2001).**

أن مرض سرطان الثدي يعد أحد الأحداث الصدمية الوجدانية لدى نسبة جوهريـة من النساء وخاصة هؤلاء اللائي تعرضن لأحداث حياتية مليئة بالمشقات مع عدم وجـود مساندة اجتماعية من خلال البيئة المحيطة بهن. [4]

وتوجد أحداث صدمية أخرى متنوعة قد تؤدي إلى الاستجابة باضطراب الضغوط التالية للصدمة مثل:

- التفجيرات الانتحارية التي تحدث بوسائل النقل المفخخة وما يترتب عنها مـن حـالات الوفاة، الجرحى، وتهديم البنايات، والمساس بأمن الناس، كل ذلك قد يؤدي إلى الاسـتجابة بحالات اضطراب الضغوط التالية للصدمات.

---

[1] الصبوة نجيب (2000)، مرجع سبق ذكره ، ص ص.79-117.

[2] عبد الحليم، إيمان (2004)، مرجع سبق ذكره ، ص.9.

[3] الصبوة محمد نجيب (2000) ، مرجع سبق ذكره ، ص ص.79-117.

[4] عبد الحليم إيمان 2004، مرجع سبق ذكره ، ص.8.

- الاشتباكات المسلحة بين قوات الأمن والإرهابيين وما يترتب عنه من هلع وإصـابات جسدية مميتة أو مهددة للحياة(*).

ونجد أن هناك متغيرات كثيرة تؤثر في إدراكنا لهذه الأحداث الصدمية أهمها نوع الحدث الصدمي وشدته والسياق الذي وقع فيه وما يملكه الفرد مـن مهـارات وقـدرات لمواجهته. وينظر بعض الباحثين إلى الأحداث الصدمية على أنها كسر للإيقـاع السـوي للحياة الإنسانية، وخروج عن المألوف والمتوقع من البيئة الاجتماعية والطبيعية، ومن ثـم فالاستجابة لها بالاضطراب والمرض تعد أمرا طبيعيا ولكنه مع ذلك إضـطراب يتعـين علاجه والتخفيف من آثاره.((1))

بناء على ما سبق وجب التعرض للحدث الصدمي وإيضاح سماته وخصائصه من بعـض الدراسات التي تناولت الاضطرابات النفسية بعد حدوث الكوارث أو الأحـداث الصـدمية حيث تشير لورا دافيدسون وزملائها (**Davidson et al., 1986**). إلى أن الباحثين يتناولون أكثر بالدراسة الأحداث الصدمية التي هي من صنع البشر (ذات مصدر بشري) والـدليل على ذلك الدراسات الأولى التي اختصت بآثار الحروب، ولكن تطور الدراسات في مجال اضطراب الضغوط التالية للصدمة أشارت إلى أن هناك من الكوارث غير المقصودة ما يؤدي إلى الاستجابة باضطراب الضغوط التالية للصدمة، حيث أشارت التقارير أن معاناة ضحايا الحرائق وسقوط الطائرات ربما لا تختلف كثيرا عن ضحايا الكوارث المقصـودة مثل الحروب، ومعسكرات الاعتقال، وإن كان ما يسببه البشر أكثر عمقا في تأثيره ممـا سببته كوارث الطبيعة، ويشير تراث البحث في هذا المجال إلى أن هنـاك اختلافـا بـين أعراض اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية الطبيعيـة وأعـراض اضـطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية التي هي من صنع البشر، فبينما تكون الأولى مرتبطة

(*) ما حدث في عدة بلديات الوطن الجزائري من اشتباكات مسلحة ليلا ونهارا شهدها أو سمعها الناس، التفجيرات المتكررة ابتداءا تفجير المطار بالقنابل إلى تفجير البنايات الحكومية ومباني الشرطة والدرك بواسطة سيارات مفخخة.

(1) عبد الخالق أحمد (1993)، اضطراب الضغوط التالية للصدمة ، الكويت عالم الفكر ، مجلد 22، (العدد الأول) ص ص.154-197.

بمصدرها المؤقت وبوقتها المعاش فإن الثانية مصدرها دائم وآثارها ممتدة، ومـن ثمـة تخلق أعراضا مزمنة.[1]

ولكن هذه الاختلافات لم تأخذ حقها من الدراسة، حتى أن البـاحثين الأوائـل لـم يقوموا بتحديدها.[2]

وتؤكد جرين وسولمان (Green & solmon, 1995) على وجود فاصل رفيع يفصل بين كوارث الطبيعة والكوارث التي يسببها البشر حسب التعريف العام للكارثة وأن هناك تدخلا بين الكثير من كوارث الطبيعة وبين أفعال البشر، بل أن فداحة ما تخلفه الكـوارث الطبيعية قد تتعلق بإهمال البشر.

وعلى هذا فإن التمييز بين الكوارث الناتجة عن غضب الطبيعة والكـوارث التـي تسببها التقنية البشرية ليس قاطعا بدرجة كاملة.[3]

وأن ميل الباحثين إلى التمييز بين النوعين يرجع إلى سلطة الأفراد في منع الكارثة والتحكم فيها، حيث تنسب كوارث الطبيعة إلى القضاء والقدر وتنسب الأخرى إلى أفعـال البشر، ولكن فرضية الاختلاف بين النوعين مازالت قائمة وتحتاج إلى دراسات مقارنة.[4]

1 . دراسة الأحداث الصدمية الطبيعية.

وفي دراسة لـ ديلفونت (Delafuente, 1990) التي اهتمت بدراسة تأثير الزلازل التي وقعت في بلاد المكسيك على الاضطرابات الانفعالية لدى 573 مكسـيكي تتـراوح أعمارهم ما بين 18-64عام. خلصـت الدراسـة إلـى أن (32%) مـن المصـدومين أصـيبوا باضطرابات تتفق مع محكات اضطرابات ما بعد الصدمة وقدرت معاناة القلق بـ (19%) من ضحايا الزلازل بينما ظهرت أعراض شديدة للاكتئاب الاستجابي على (13%) منهم وكشفت نفس

---

[1] Davidson, J.R.T, Swartz, M.S.; Storck, M.; Krishnan, K.R.R.& Hammett, E.B. (1986). Adiagnostic and Family study of post-traumatic stress disorder. American of psychiatry, 142, p.p 121-123.

[2] Murphy, s. (1986). Health and recovery status of victims one and three years following anatural disaster. In c.r, figley (ed). Trauma and its wake. Vol. (pp.133-155) new york: brunner-mazel publishers , p.134.

[3] Green. B.L., & Solomon, S.D.(1995). natural and technological disasters. In J.R.freedy & S.E. Hobfoll (EDS). Traumatic stress: from theory to practice (pp.163-180) new york plenumpress , p.164.

[4] Ibid. p.171.

الدراسة أن (72.3%) من بين 208 امرأة تعيش في الملاجئ المخصصة للمنكـوبين لـم تظهر لديهن اضطرابات ذات أصل نفسي وطبي في حـين (18%) مـنهن عـانى مـن أعراض بعض أمراض القلب، كما عانت (9.5%) منهن من أمراض القلب الحادة. (1)

وتشير دراسة جونيجيان وأخرون **(Goenjian,1994)** التي تناولت اضطرابات مـا بعد الصدمة لدى الراشدين وكبار السن بعد زلزال 1988 في أمريكا، حيث قدرت عينـة البحث بـ 179 مصدوم تتراوح أعمارهم ما بين 18-87 سنة وهذا بعد سنة ونصف من وقوع الزلازل، حيث اهتم الباحثون بدراسة مدى انطباق محكات اضـطرابات مـا بعـد الصدمة عليهم طبقا للدليل التشخيصي والإحصائي الثالث وهذا بعد دراسة مجموعة فرعية من العينة قدرت بـ 60 مصدوم وأسفرت نتائج الدراسة على ما يلي :

1. ارتبطت شدة الإصابة باضطرابات ما بعد الصدمة لدى ضحايا الزلزال من الراشـدين وكبار السن ارتبطت بكل من السن، الجنس، وعدد الأفراد المتوفين في العائلة معا.

2. يظهر كبار السن من المصدومين أعراض الاستثارة بشكل أكبـر مـن الراشـدين أو صغار السن.

3. هناك ارتباط إيجابي بين عدد الأفراد المفقودين في الأسرة وشـدة ظهـور أعـراض اضطرابات ما بعد الصدمة. (2)

كما تعرضت دراسة لاجريكا **(Lagreca,1998)** التي بينـت أداء الأطفـال قبـل الكوارث كمؤشر اضطرابات ما بعد الصدمة بعد وقوع إعصار أندرو، حيث تم توزيـع اختبارات القلق على 12 تلميذ من المرحلة الرابعة وحتى السادسة وقـد أقـر الأقـران، والمدرسون بوجود مشكلات سلوكية لديهم مثل القلق وتشتت الانتباه وفقدان التواصل مـع الزملاء ومع مدرسيهم وقد تم متابعتهم بعد ثلاثة شهور من وقوع الكارثة وبينـت نتـائج الدراسة أن التلاميذ أظهروا أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة نتيجة خبـرة التعـرض

---

(1) عن: de lafuente 1990 حرر في الصبوة محمد نجيب (2000) مرجع سبق ذكره، ص.79-117.

(2) Goenjian, A.k; najrian, L.M; pynoos, R.S& Steinberg, A.M. (1994). Post traumatic stress Disorder in armenia, American journal of psychiatry, 151 (6)pp. 895-901.

للإعصار، وقد أشارت الدراسة إلى أن مستويات القلق لدى التلاميذ ازدادت سوءا نتيجة للتعرض لكارثة الإعصار. [1]

كما بينت دراسات كل من (إقزايدو، لان، شينفوكو، نواتاكا وزهانك (Xiangdon, Lan, Shinfuku, Noataka, Zhank) الآثار المترتبة عن وقوع الزلزال في الدول المختلفة أن الضحايا الذين يتعرضون بشكل مباشر وقوي لحدوث الزلازل ولكنهم يساندون اجتماعيا يظهرون أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة بشكل أقل حدة من ضحايا المعرضين لمستوى بسيط من الزلزال والمتلقون مساندة اجتماعية ضعيفة أو غير متلقون على الإطلاق. ومن هنا يظهرون أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة بشكل أكبر من الذين يتلقون المساندة والعون من الآخرين. [2]

ويوضح ميكينباوم (Meichenbeum,1994) أهم مخلفات التعرض للكوارث الطبيعية وسوف نحصر النتائج في النقاط التالية :

1- غياب الانفعال، الخوف، نقص النشاط والعجز عن اتخاذ القرارات هي أهم الأعراض التي تميز 75% من ضحايا الكوارث الطبيعية. وهي أعراض مستمرة بين دقائق إلى ساعات ويستطيع الضحية التعبير عنها.

2- يعتبر القلق والاكتئاب واضطرابات ما بعد الصدمة أكثر الاضطرابات التي تصيب الفرد نتيجة الكوارث الطبيعية. وتعتبر الاضطرابات التابعة للصدمة من أكثر الاضطرابات التي تصيب الضحية بعد حدوث الكارثة، خاصة إذا كانت الكارثة فجائية وتهدد حياة الفرد تهديداً شديداً.

3- من المحتمل أن تشمل استجابات المصدومين من الكوارث الطبيعة مدى واسع من الأعراض المرتبطة باضطرابات ما بعد الصدمة، وتتمثل تلك الأعراض في المخاوف

---

(1) Lagreca, A.M.; Silverman, W.K.& wasserstein, S.B , (1998). children's predisaster functioning as a predictor of post traumatic stress following hurricane Andrew, journal of consulting and clinical psychology . 66 (6). P883-892.

(2) Xiangdon, W.; LAN, G.; shinfuku, noataka & zhang, h. (2000). Longitudianl study of earthquake- related PTSD in a randomly selected community sample in north china. Americain journal of consulting and clinical psychology. 70 (1), pp246-251.

المرضية، القلق والاكتئاب والشعور بالذنب والأسى والغضب وكذلك بعض الأعراض الجسمية والمشكلات الخاصة بالتفاعلات الشخصية بين الأفراد.

4- يستجيب بعض الأفراد وتقدر نسبتهم ما بين (10-25%) من الذين تعرضوا للكارثة الطبيعية بأعراض تتمثل في عدم التوجه المستمر، عدم الحركة، خدر الاستجابة، نقص الإحساس، الشعور بالعجز عن التحكم في النفس وعادة ما تختفي هذه الأعراض خلال 6 أسابيع، كما تنتهي أغلب الآثار الشديدة التي تظهر بعد الكارثة خلال الأسبوع السادس.

5- يتميز قدر من الأفراد تتراوح نسبتهم مابين (12-25%) ممن تعرضوا للكارثة الطبيعية بالتماسك والهدوء أثناء وقوعها ولكنهم يظهرون استجابات تتمثل في الاستثارة والتوتر بعدها.

6- يمتثل للشفاء حوالي (50%) من الأفراد الذين تأثروا بالكارثة الطبيعية بعد حوالي 3 أشهر من وقوعها، ويتوافقون بالرغم من وجود بعض مظاهر القلق لديهم، وسوف يظهر نصف الأفراد المصدومين استجابات سوية خلال عام واحد. [1]

2. دراسة الأحداث الصدمية البشرية :

إلى جانب الكوارث الطبيعية، هناك كوارث من صنع البشر واهتم بدراستها العديد من الباحثين، تناولت هذه الكوارث :

1. الكوارث الصناعية،
2. حوادث السيارات والقطارات
3. تحطم الطائرات وغرق السفن.

وأوضحت هذه الدراسات التأثير الشديد للصدمة على الناجين من الموت الذي تمثل في تجنب تكرار الحدث الصدمي والخوف من استعادة ذكرياته، والخوف من رؤية الموت في النوم. [2]

---

(1) Meichenbaum, D. (1994) . op.cit . pp.24-25

(2) الصبوة محمد نجيب ، (2000) مرجع سبق ذكره, ص.79 – 117 .

ومع تزايد حوادث السيارات والحوادث المرورية أصبح من الضروري الاعتراف بتضمين آثار حوادث السيارات في فئة اضطرابات ما بعد الصـدمة، حيـث أصـدرت الجمعية الأمريكية لعلم النفس عام 1987 مرجعاً بعنوان " بعد التصادم " يتضـمن قـدراً كبيراً من الدراسات والبحوث والخبرة الإكلينيكية والعلاجية متنـاولاً الجوانـب الوبائيـة والتشخيصية والعلاجية والقانونية لاضطرابات ما بعد صدمة حوادث السيارات. (1)

حيث قام بلانشارد (Blenchard, 1994) بدراسـة حـول وظـائف الأعضـاء المرتبطة باضطرابات ما بعد صدمة حادث السيارة حيث أجرى الدراسة على 50 ضحية تتراوح أعمارهم ما بين 18-21 سنة من ضحايا حوادث السيارات و40 من الأفراد الذين لم يتعرضوا لنفس الحوادث كمجموعة ضابطة، تراوحت أعمارهم ما بين 20-78 عـام، وقد أخضعت العينات إلى تقييم وظيفي لقياس معدل ضربات القلب، وضغط الدم، ورسـم العضلات الجبهي الكهربائي أثناء وصف الحادثة في أشرطة مسموعة.

وقد تم تقسيم الضحايا إلى 23 ضحية يعانون من اضطرابات مـا بعـد الصـدمة بصورة واضحة و10 ضحايا يعانون من اضطرابات ما بعد الصدمة بشكل خفيـف و17 ضحية لا يعانون على الإطلاق من اضطرابات ما بعد الصدمة وقـد أوضـحت نتـائج الدراسة أن استجابات الضحايا إلى الأشرطة المسموعة من خلال ضربات القلب قد ميزت حالات اضطرابات ما بعد الصدمة بصورتها الكاملة من المجموعات الثلاث، وهـذا مـا يوضح أن معدل ضربات القلب هو مؤشر فيسيولوجي والاستجابة للأشرطة المسموعة له فائدة تشخيصية إكلينيكية على مستوى الحالات الفرديـة، قـد تسـاعدنا فـي تشـخيص اضطرابات ما بعد الصدمة. (2)

كما أشارت دراسة بوكلي بلانشارد **(Buckley, Blanchard, 1996)** إلى إمكانية تطور أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة في وقت متأخر بعد وقوع الحوادث المرورية بفترة قد تمتد من 4 شهور إلى سنة، كما أوضحت الدراسة أن ضحايا حوادث المرور الذين لا

---

(1) الرشيدي بشير ، منصور طلعت، النابلسي محمد، الخليفي إبراهيم، الناصر فهد، بورسلي بدر، القشعان حمود، (2001). سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية : اضطراب الضغوط التالية للصدمة مجلد (1)، التشخيص، الطبعة الأولى، الكويت، الديوان الأميري مكتب الإنماء الاجتماعي، ص.266 -267 .

(2) المرجع السابق , ص.267.

يطورون أعراض ما بعد الصدمة هم الأفراد الذين يتمتعون بدعم اجتماعي جيد من قبـل الحادثة وبعدها أما الذين لا يتمتعون بأي دعم على الإطلاق فهم الذين يطورون أعـراض ما بعد الصدمة ومن هنا يمكن أن يكون الدعم الاجتماعي عاملاً وقائيـاً ضـد الإصـابة باضطرابات ما بعد الصدمة.

أما دراسة سيلي (selly, 1997)، فاهتمت بأعراض اضطرابات ما بعد الصدمة والمتمثلة في حادثة قطار " كلاب هام " بجنوب لندن، حيث تم تقسيم عينة الدراسة إلـى مجموعتين : مجموعة الناجيين من الموت وبلغ عددهم 187 مقارنة بمجموعة ضـابطة مماثلة، وقد دلت نتائج الدراسة أن الناجين من الموت يسجلون درجات أعلى على مقياس تأثير الحوادث من المجموعة الضابطة، كما بينت الدراسة العلاقة الطردية بين الإصـابة البدنية وتسجيل الدرجة المرتفعة على الاختبار، كما أوضـحت الدراسـة أن 30% مـن المصابين سواء الإصابة كانت شديدة أو متوسطة أظهروا مستويات مرتفعة مـن تكـرار الأفكار القهرية أو التجنبية التي هي عامل منبأ بظهور أعراض اضـطرابات مـا بعـد الصدمة. [1]

وأوضحت دراسة إيهليس **(Ehless, 1998)** أن معدل ظهور إضـرابات مـا بعـد الصدمة بعد وقوع حوادث السيارات بلغ (23.1 %) بعد مرور 3 شهور مـن الحـادث و(16.5%) بعد مرور سنة من الحادث وتدل نتائج الدراسة إلى أن هناك عوامـل منبـأة باضطرابات ما بعد الصدمة والتي تتمثل في:

1- حدة الصدمة أو مدى الإصابة أو الخطر الذي تعرضت له الضـحية أثنـاء الحدث الصدمي.

2- انتشرت هذه الاضطرابات عند الإناث أكثر من الذكور.

3- ارتبطت هذه الاضطرابات بالمشكلات الانفعالية التي تعرضت لها الضحية في زمن سابق للحدث الصدمي.

---

[1] Selley, C.; King, E; Peveler, R.; Osola; K.; Martin, n.&Thompson, C. (1997). Post-traumatic stress disorder symptoms and the Clapham Rail accident. British Journal of psychiatry. 171, 478-482.

4- ارتبطت بالتفسير السلبي للأفكار الاقتحامية، وبالمشاكل الطبيـة المسـتمرة واجترار الذكريات الخاصة بالحدث الصدمي.[1]

ويمكننا في هذا المقام أن نختم سلسلة الدراسات التي تناولت الأحـداث الصـدمية المرتبطة بالإنسان في جدول يلخص بعض منها كما لخصها ويلسون ورافاييل (**Wilson & Raphael, 1993**).

جدول (1-1)

يلخص أهم الأحداث الصدمية البشرية.[2]

العينات	الأعراض البارزة	أهم النتائج أو التداخلات
1- الحـوادث الصـناعية التكنولوجية بوجه عام	القلق الاكتئاب	- تختلف معدلات اضـطرابات مـا بعـد الصدمة تبعاً للكارثة. - معدلات تشخيص اضطرابات مـا بعـد الصدمة منخفضة ولكن مستويات الأعراض مرتفعة.
كارثـة حريـق الغابـات فـي أستراليا عام 1983	أعراض اضطرابات ما بعـد الصدمة والاكتئـاب والقلـق والـذكريات المقتحمـة واضطرابات النوم	- ندرة التشخيص الواحد (المفرد). - معدلات مرتفعة للوفاة . - انتشار العوامل قبل المرض.
المواطنون السويديون المتأثرون بالغبار الذري الناتج عن انفجار معامل تشيرنوبل في روسيا	الانشغال بالإشعاع وأعرض الاكتئاب	- ترتبط الحالـة قبـل المـرض بخـوف منخفض من الغبار المتسـاقط والمواجهـة تعدل إدراك الخطر.
الناجون من انهيار سد بافلو -	القلق والاكتئاب وأعـراض	- 63% معدل اضطرابات ما بعد الصدمة

[1] Ehlers,a,mayoo,R,A,&bryant,b;(1998). Psychological predictors of chronic pos-ttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents . Journal of abnormal psychology 107 (3) pp 508-519

[2] الجدول عن: **Wilson & Raphael, 1993, 396** محرر في عبد الخالق،1998 ،مرجع سبق ذكره ص.241 - 243.

كريك في أمريكا	اضطرابات ما بعد الصدمة كالاستثارة اللحائية والخدر الحسي وتكرار الأفكار الاقتحامية والأسى والحزن والضيق	(طول الحياة) - 23% معدل اضطرابات ما بعد الصدمة (حالياً) - يرتبط اضطراب ما بعد الصدمة باضطرابات الاكتئاب والقلق العام. - 11% بداية مؤجلة للاضطرابات ما بعد الصدمة - تتنبأ مقاييس الضغوط باضطرابات ما بعد الصدمة.
الناجون من حريق محطة سكك حديد قطار الأنفاق	القلق والاكتئاب وأعراض اضطرابات ما بعد الصدمة	- 65 % حالات طبية نفسية تبعاً لاستخبار الصحة العامة - درجات مرتفعة على مقاييس تأثير الحوادث (هوريتز) بما يشير إلى زيادة احتمال حدوث اضطرابات ما بعد الصدمة.
العاملون الناجون من كارثة انفجار خط أنابيب الفا للبترول على سطح الماء عند إنشائه في بحر الشمال عام 1988 نجاة (62 من 216 شخص)	أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة القلق والاكتئاب والغضب والأسى وعدم الثقة.	- وضعت خطة علاجية لمساعدة الضحايا
الناجون من كارثة انقلاب أحد منشآت البترول وغرقها في بحر الشمال في الساحل الشمالي الشرقي لأيرلندا عام 1980 (نجاة 89 من 212 شخص)	أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة والقلق والاكتئاب	- 33% عواقب نفسية طبية سلبية - 40%وظائف معرفية منخفضة - 67%رد فعل تفككي أثناء الصدمة - تهيؤ للتفكك المنبئ باضطرابات ما بعد الصدمة.

كارثة انقلاب العبارة الإنجليزية (هيرالد أوف فري) في القنـاة الإنجليزية بعد مغادرة المينـاء البلجيكي (زيبـرونج) وعلـى ظهرها 454 مسافراً توفي منهم 193 في عام 1987 وهذه أسوأ كارثة بحرية وقت السـلم منـذ غرق تيتانيك عام 1912	أعراض اضطرابات ما بعـد الصدمة والقلـق والاكتئـاب والأسى وعدم الثقة	- تطوير خطة علاجية لمساعدة الضـحايا حيث تقدم منهم 352 فرداً للعلاج النفسي.
	اهتـزاز الجسـم والرعشـة والقلق والخـوف والقابليـة للتهيج والاكتئاب	- اختفاء الأعراض خلال أسبوعين - اختلفت استجابة المرضى العقليين عـن الأسوأ.
	القلق والاكتئاب وأعـراض اضطرابات ما بعد الصدمة	- 50% اضطرابات تبعاً لاستخبار الصحة العامة - انتشار اضطرابات ما بعد الصدمة - تأثير العوامل الثقافية في تحليـل سـبب الوفاة
ضحايا حوادث السيارات(ن=7)	القلق والمخاوف المرضـية والاكتئـــاب وأعـــراض اضطراب ما بعد الصدمة	- 43% معدل اضطراب ما بعد الصدمة - 57% معدل الخوف المرضي
ضحايا الاغتصاب	القلـق والغضـب / الغـيظ والاكتئـــاب وأعـــراض اضطرابات ما بعد الصدمة	- معدلات مرتفعة لاضطرابات مـا بعـد الصدمة - معدلات مرتفعة للاكتئاب
ضحايا مرض نقـص المناعـة المكتسبة لدى المصابين بعدوى فيروس المناعة البشرية ن= 35	القلق والخوف والاغتـراب والشـعور بوصـمة العـار وأعراض اضطرابات ما بعد الصدمة والاكتئاب	-50% اضطراب تبعاً لاستخبار الصـحة العامة - انتشار اضطرابات ما بعد الصدمة.

وقد قام ويلسون ورافاييل (Wilson & Raphael,1993) بتلخـيص عـدد مـن الدراسات التي أجريت بعد الحرب العالمية الثانية وحتى1993 ، ويوجز الجدول التـالي أهم نتائج هذه الدراسات : ((1))

العينات	الأعراض البارزة	أهم النتائج
المحاربون الأمريكيون في فيتنام	اضطرابات ما بعد الصـدمة والاكتئـاب والإدمـان علـى الكحول والغضب والأسى.	26.7% معدل اضطرابات ما بعد الصـدمة على مستوى قومي
أسرى الحرب الأمريكيين في فيتنام وعائلات هؤلاء الأسرى	اضطرابات ما بعد الصـدمة والاكتئـاب وتغيـرات فـي الشخصية والخدر النفسي	عدم استقرار العائلات ومعدل الطلاق مرتفع وحالات نفسيه يتم التحكم فيها بشدة وفتـرة طويلة المدى من إعادة التوافق
المحاربون الإنجليز فـي جزر فوكلاند	اضطرابات ما بعد الصـدمة والقلق والغضـب والاكتئـاب والاغتراب والخدر وصـراع في العلاقات الشخصية	-60%معدل اضطرابات ما بعد الصدمة - ارتبـاط بـين الإصـابة فـي الحـرب واضطرابات ما بعد الصدمة 54.7 % اضطراب كما يظهر في استخبار الصحة العامة
اللاجئون في جنوب شرق آسـيا (الكمبوديـون واللاويون المقيمون فـي لاوس والفيتناميون)	الاكتئاب والكوابيس والخـدر واستجابة الإجفـال والخـزي وفقدان الشـهية واضـطراب النوم والتجنب	- 8% معدل اضطرابات ما بعد الصدمة. - معدل مرتفع للوفاة. - استخدام مفيد للعقاقير الثلاثيـة المضـادة للاكتئاب - الحاجة إلى عاملين في الصـحة النفسـية عبر الثقافات.

(1) الجدول عن: **Wilson & Raphael, 1993, 396** محرر في عبد الخالق،1998 ، مرجع سبق ذكره ص.304-306.

الجنـــود الإســـرائيليون المحاربون في لبنان عـام 1982 (دراسة الفترة مـا بـــين عـــامي 1983 - 1986)	الخدر النفسي واستجابة القلق والذنب والاكتئاب والأعراض النفسية الجسمية والعداونية	- 62% معدل اضطرابات ما بعد الصـدمة في دراسة تتبعية مدتها عام واحد. - تناقص الأعراض بمرور الزمن. - ارتباط اضطرابات مـا بعـد الصـدمة بالضيق والإثم النفسي الطبي العام - مزيد من اختلال الوظـائف الاجتماعيـة يظهر مع اضطرابات ما بعد الصدمة. - زيادة في استخدام الكحول والسجائر.
المـدنيون فـي حـرب سريلانكا	التعب والخيـالات المقتحمـة واضطراب النـوم وضـعف التركيز والقلق والخوف وعدم الثقة والصداع	- انتشار اضطراب ما بعد الصدمة - مدى واسع من الشكاوي النفسية الطبية - الزيادة في معدل الدخول للمستشفى - المشكلة الأساسـية التـي عـانى منهـا المرضى : ردود الفعل للضغوط.
اللاجئون نتيجة الحـرب الأهلية الأفغانية	القلق والاكتئاب واضطرابات ما بعد الصدمة والاغتراب	- صغار الراشدين هم أكثر مجموعة تأثرت بشدة. - اضطراب نفسي طبي مرتفـع للاجئـين الجدد. - القلق والاكتئاب شائعان كثيرا. - تناقص الأعراض بمرور الزمن.
8- العنف السياسي فـي شمال أيرلندا بين عـامي 1968 -1993	القلق والاكتئـاب وشـكاوى نفسية طبية عامة.	- استجابة الضغوط هو المشكلة الأساسـية لدى الراشدين . - قابلية الأطفال للمعاناة مـن المشـكلات السلوكية.

9- ضحايا العنف المدني في شمال أيرلندا.	الاكتئاب والقلق وأعراض اضطرابات ما بعد الصدمة واضطراب النوم والتركيز الضعيف واستجابة الإجفال وتقييد الوجدان والاستجابة الترويعية.	- 23.2% معدل اضطرابات ما بعد الصدمة. - ارتباط اضطراب الضغوط بخطر الانتحار. - زيادة سوء استخدام الكحول. - عدم التوافق الزواجي. - ارتباط الاكتئاب باضطرابات ما بعد الصدمة.
10- ضباط البوليس الإنجليز الذين يستخدمون الأسلحة النارية.	الاكتئاب والقلق وأعراض اضطرابات ما بعد الصدمة والاغتراب واضطراب النوم والتقلب الانفعالي والانسحاب الاجتماعي وزيادة إفراز العرق ومشكلات في التركيز.	- 67% معدل اضطراب ما بعد الصدمة . - 60% تشوه إدراك أثناء إطلاق الرصاص.

وبناء على ما سبق يمكن أن نستخلص أن حوادث المرور والسكك الحديدية وتحطم الطائرات أو غرق السفن أو الانفجارات الصناعية والتكنولوجية والحرائق والفيضانات والزلازل والاغتصاب، ضحايا الأمراض المستعصية والحروب كلها تعد من أهم الأحداث الصدمية التي يمكن أن تؤدي إلى ظهور أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمات، وما يرتبط بها من اضطرابات سلوكية، نفسية واجتماعية ومعرفية. ورأينا أن هذه الاضطرابات تختلف على حسب طبيعة الأحداث الصدمية المولدة لها.

وإذا كانت خصائص الحدث الصدمي تعد من العوامل المؤثرة في تحديد الاضطرابات التالية للصدمة فإنه من المناسب أن نتناول هذا المتغير من خلال تصنيفات ظاهرة، تشكل تصنيفاً فئوياً قابلاً للتمييز أو من ثم يمكن التعامل مع الأحداث الصدمية في

الجانب الميداني من البحـوث العلميـة [1] ويـذهب بعـض البـاحثين مـنهم برسـلاو ودافيس(**Berslav&Davis,1987**). وسلومن وكانيو (**Solomon& Canion, 1990**) إلـى اعتماد الصورة المدركة عن الحدث أساساً لتعريفه أي أن الحدث الصدمي هو ذلك الحدث الذي ينتج أحاسيس صدمية أياً كان شكله أو مسماه. [2]

في حين تطرح فران نوريس (**Norris,1992**) تعريفاً يخرجه عن نطاق الذاتيـة، فتعد " الحدث الصدمي هو ذلك الحدث الذي يتسم بالقوة الزائدة أو المفاجئة ويحدثه عامل خارجي وقد تكون العدوانية بين الأفراد مثالاً واضحاً عليه ولكن التعريف يشمل بسـهولة أشكال التهديد الأخرى الموجهة للأمن العام مثل الحرائق والكوارث وحوادث السيارات أو من هذا المنطلق فإن الأحداث الصدمية تعد مجموعة فرعية من مجموعـة كبيـرة مـن الأحداث الحياتية التي تجمعها صفات خاصة تنتمي إلى موضوع الحدث. [3]

وأشارت دراسة قام بها دين كليباترك (Kilpatrick et al, 1992) بالتعاون مـع فريق البحث والعلاج في مركز اختصاص لضحايا الجرائم - إلى تصـنيفات تفصـيلية للأحداث الصدمية التي تعرض لها (391) ضحية من النساء البالغات بولاية كارولينا فقد أجاب (72%) من أفراد العينة أنهن كن ضحايا أعمال إجرامية حيث توزعت كمـا يلـي (23.3%) حوادث اغتصـاب، (1.31%) لمحاولـة اغتصـاب، (18.4%) لتحرشـات جنسية،(4.6%) لمحاولة التحرش الجنسي، (3.9%) لاعتداءات جنسية أخرى و(9.7%) لاعتداءات مثيرة و(5.6%) للنصب، (45.3 %) للسرقة.

وفي دراسة أخرى قام بها دين كيلباترك، تناول فيهـا درجـة شـيوع الأحـداث الصدمية بين مجموعات مختلطة جمعت بين مراجعي المركـز الـراغبين فـي العـلاج وآخرين من غير الراغبين في العلاج، بلغ عدد أفراد العينة 400 مـن المتـرددين إلـى العيادات الخارجية الاختصاصية في الضغوط الصدمية، وبلغ عدد أفراد المجموعة الثانية

---

[1] ،عبد الخالق أحمد ، فهمي محمد، عباس عادل، الزيد أحمد، الصمام ريما عبد السلام نهلة، عجوز إيمان، (2000). دراسة إبيديمولوجية، الاضطرابات التالية للأحداث الصدمية الطبعة الأولى الكويت، مكتب الإنماء الاجتماعي. ص.33

[2] عن: Berslau & Davis , 1987 محرر في عبد الخالق (2000) المرجع السابق ، ص.36 .

[3] عن: Norris , f (1992 p 409) محرر في: عبد الخالق (2000)، المرجع السابق، ص.38.

128 ليس لهم أي صلة بالعيادات، وقام فريق البحث بسؤال أفراد العينة حول تعرضـهم لأي الأحداث التالية : الاغتصاب، اعتداءات جنسية، الاعتداء الجسدي، الجريمة العنيفـة، مقتل أحد أفراد العائلة أو صديق مقرب، حوادث خطيرة، كوارث طبيعية أو بفعل البشـر أو قتال عسكري وأظهرت النتائج أن (86.4 %) قد خبروا على الأقل حدث مـن تلـك الأحداث الصدمية في حياتهم في حين أن (64.3%) قد تعرضوا لأكثر من واحدة منهـا خلال ما سبق من أيامهم ولكن النتائج الأخطر في دلالتها أن غالبيـة الأفـراد (74.2%) تعرضوا لأول حادثة صدمية قبل بلوغهم الثامنة عشر من العمر.

وقد استعرضت دراسة قامـت بهـا " بـلاك ورفيقاتهـا (Blake et al, 1992) الدراسات التي أجريت على مدى عشرين عـام حيـث قامـت بمراجعـة الـدوريات الاختصاصية في تقويم موضوعي لنمو مصادر البحث في مجال الأحداث الصدمية لتضم 1596 بحثاً منشوراً في دوريات موثقة بين عامي 1970-1990 وأشارت هذه الدراسـة أن الزيادة الملاحظة في هذه الدراسات اتجهت نحو دراسة آثار الحـروب والاعتـداءات الجنسية في حين كانت الدراسات التي تتناول الكوارث التكنولوجية والطبيعية بعيدة عـن اهتمامات الباحثين.

وجاء ترتيبها متمثلا في 549 (34.4%) دراسة تناولـت الحـروب، تليهـا 226 دراسة (14.2%) لدراسة سوء معاملة الأطفال بما فيها الاعتـداءات الجنسـية علـيهم، وجاءت بعدها 203 دراسة (12.7%) للانتهاكات الجنسية عليهم.

إن الدراسات التي تناولت الاضطرابات التالية للصدمة كانت انتقائية وأغلبها ركز على أحداث معينة، وكانت نسبة الشيوع بعد الكـوارث (4.6%) مـن حـالات PTSD (Robins et al,1986) وبعد حرب فيتنام (15%) (Kulka et al, 1990) وتعد الدراسة التي أجريت في سنة 1987 (Helger et al, 1987) من أوائل الدراسات الوبائية التـي تعرضت لقياس مقدار شيوع اضطراب الضغوط التالية للصدمة PTSD فـي المجتمـع واستخدمت الدراسة جـدول المقابلـة التشخيصـية (Diagnostic Schedule(Dis) Interviewالذي طور ونشر في بداية الثمانينات.

ونتائج الدراسة المسحية لمنطقة التجمع الوبائي في سانت لويس لتصل إلى نتـائج مؤداها أن (1%) من المجتمع الكلي يعاني اضطراب الضغوط ما بعد الصـدمة. ولكـن الدراسات التي تلت ذلك أشارت إلى أن نسبة الإصابة تفوق ذلك بكثير وأن عينة قوامهـا 1000 فرد من البالغين الذين تراوح سنهم بين 21-30 عاماً بلغت نسبة المصابين فـيهم (39%) وأن نسبة شيوع هذه الاضطرابات في المجتمع الكلي تصل إلى (9%) [1] بنـاء على ما أفرزته الدراسات السابقة من نتائج يتضح وجود عوامل ذاتية تتعلق بـالفرد فـي تحديد حساسيته للإصابة بالاضطرابات التالية للصدمة أو ظهور مشكلات نفسـيه تاليـة لتعرضه لكارثة ما.

فالدراسات التي تناولت متغير العمر الزمني لم تصل إلى نتائج محددة من حيـث ارتباط العمر الزمني بمستوى الإصابة بالاضطرابات التالية للصدمة وقد أظهرت نتـائج أخرى أن قوة الفرد على التوافق تختلف وفق اختلاف نوع الحدث الصدمي أو تأثيره على الذات مباشرة أو على الآخرين.

أما بالنسبة للجنس فقد أشارت غالبية النتائج أن النساء أكثر حساسية للآثار المترتبة على الأحداث الصدمية، وأنهن يتعرضن لضغوط نفسية أكثر خاصة في ظروف العجز أو الضعف التالية للحدث الصدمي وإن كن أكثر استقبالا للدعم الاجتماعي، في حـين كـان الرجال أكثر قوة على التغلب على مخلفات الأحداث الصدمية أو أقل أظهـار للأعـراض المرضية. كما أشارت غالبية الدراسات إلى أن ارتفاع مستوى التعليم ومسـتوى الـدخل يرتبط ارتباطاً موجباً بظهور أعراض نفسية أقل، ولكن هذه النتـائج ارتبطـت بطبيعـة الحدث الصدمي وتوقعات الفرد اتجاهه، ويمثل التاريخ المرضي للفرد وحالته النفسية من صحة أو مرض أساساً للإصابة بالاضطرابات التالية للصدمة.

ح- فرضيات الدراسة:

بما أن فرضيات البحث هي تفسيرات مقترحة للعلاقة بين متغيرين أو أكثر،وهي تمثل في ذهن الباحث احتمالا لحل مشكلة البحث،فيقوم الباحث بوضع الفرضيات التي يعتقد أنهـا

[1] عبد الخالق أحمد وآخرون (2000). المرجع السابق، ص. 47.

تؤدي إلى تفسير مشكلة البحث،إنطلقت الباحثة في هذه الدراسة من عشر فرضيات تحددت كما يلي:

1- ترتب الأحداث الصدمية التي تعرض لها أو شاهدها التلاميذ وفـق شـدة الأثـار المدركة والمتمثلة في الأبعاد الثلاثة المطورة لاضطراب PTSD (تهديد بالموت، الرعب، والعجز عن التصرف) ونتوقع أن تكون أكثر الأحداث الصـدمية التـي تعرض لها أو شاهدها التلاميذ من حيث شدة الآثار المدركة هي الحدث الطبيعـي "الزلزال".

2- تختلف نسبة التلاميذ الذين تعرضوا أو شاهدوا الأحداث الصدمية حسب شدة تأثير الأبعاد الثلاثة المطورة لاضطراب PTSD حيث تأخذ الأحداث الصدمية البشرية أكبر نسب مقارنة بالأحداث الصدمية الطبيعية (ما عدا الزلزال) أو أحداث صدمية أخرى مؤلمة لم ترد ضمن قائمة الأحداث الصدمية المقدمة للعينة.

3- هناك فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث في درجة الإحساس بالأثر السـلبي الخاص بالحدث الصدمي وفق الأبعاد الثلاثة المطورة لاضطراب PTSD .

4- هناك فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث في أعراض اضطراب الضـغوط التالية للأحداث الصدمية.

5- هناك فروق دالة إحصائيا بين المراهقين والمراهقين المتـأخرين فـي أعـراض اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية.

6- هناك فروق دالة إحصائيا بين شدة اضطراب الضغوط وأبعـاد الحالـة النفسـية للتلاميذ.

7- هناك فروق دالة إحصائيا بين المصدومين من طرف الطبيعة والمصدومين مـن طرف البشر في شدة اضطراب PTSD.

8- هناك فروق دالة إحصائيا بين المصابين وغير المصابين بـPTSD فـي كفـاءة الاداء على اختبارات الانتباه والتذكر والحالة النفسية.

9- هناك فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث المصابين بـPTSD فـي كفـاءة الأداء على اختبارات الانتباه والتذكر والحالة النفسية.

10 -هناك فروق دالة إحصائيا بين المـراهقين والمـراهقين المتـأخرين المصـابين بـPTSD في كفاءة الأداء على اختبارات الانتباه والتذكر والحالة النفسية.

ج –حدود الدراسة :

تتحدد الدراسة الراهنة بعدة جوانب وهي كما يلي:

1- موضوع الدراسة

حيث تعد الدراسة الحالية مقدمة للكشف عن الأحداث الصدمية وعلاقتها بتطـوير اضطراب الضغوط التالية (للصدمة) في إطار التعريف الذي تبنته الجمعية الأمريكية لعلم النفس وإجماع معظم الباحثين في مجال علم الصدمات النفسية لدى عينـة مـن تلاميـذ المرحلة الثانوية، تعد هذه الدراسة بمثابة إنارة توضح الرؤية عن بعـض الاضـطرابات النفسية والسلوكية والمعرفية التي يبديها تلاميذ المدارس بصفة عامة وتلاميـذ المرحلـة الثانوية بصفة خاصة وضرورة التدخل والتعامل معها بالوجهة الصحيحة.

2- مجتمع الدراسة:

تقتصر العينة الممثلة لهذا المجتمع على تلاميذ المرحلة الثانوية- الذين يدرسون في ثانويات ولاية بومرداس التي كانت مسرحا لعدة أحداث صدمية سواء طبيعية أو بشرية – حيث تتراوح أعمارهم ما بين 15- 22 سنة ممن يدرسون في السنوات الأولى والثانيـة والثالثة في مختلف الشعب المفتوحة بالتعليم الثانوي.

3- منهج الدراسة:

تعتمد الدراسة على استخدام المنهج الوصفي التحليلي والمنهج العيادي ،كما اعتمدت على الاحصاء الإستدلالي لمعالجة بيانات الدراسة.وقد اسـتخدمت الباحثـة برنـامج الحزمـة الإحصائية الاجتماعية الـ SPSS

4- أدوات الدراسة :

والتي تشتمل على عدة أدوات وهي على النحو التالي:

- قائمة الأحداث الصدمية وهي من إعداد الباحثة.
- مقياس اختبار اضطراب الضغوط التالية للصدمة من إعداد الباحثة.
- مقياس ميدل سيكس للحالة النفسية.
- اختبارات العمليات المعرفية (الانتباه والتذكر)من إعداد الباحثة.
- المقابلة العيادية المقننة لـ كروك وستينرتز من ترجمة الباحثة.

لا تتعلق حدود الدراسة بالتصميم البحثي بقدر ما تتعلق بالعينة المستخدمة وإجراءات المعاينة وإمكانية التعميم على عينات أخرى إذا تشابهت الظروف والخصائص ولكن الحذر الذي يجب أن يلازمنا دائماً ينطبق على الأداة المستخدمة، فرغم الخصائص القياسية التي تميزت بها من صدق وثبات إلا أنها محدودة بالأعراض (البنود) الواردة فيها والأحداث الصدمية المتضمنة في القائمة، كما أننا نتعامل مع استعادة الحدث عن طريق التعرف عليه في القائمة (قائمة الأحداث الصدمية) وليس عن طريق الاستعادة الذاتية باستثناء السؤال الأخير الذي وضعناه آخر القائمة وأعطيناه الرقم21.

كما تناولنا في الدراسة مقياس التقدير أي تقدير اضطراب الضغوط التالية للصدمة ومن ثمة فإن حدود البيانات المستقاه تقف عند نطاق الأداة المستخدمة ولا تتعدى جوانب أخرى خاصة بأدوات أو وسائل أخرى.

إن النتائج المتوصل إليها في هذا البحث ما هي إلا نتائج مرتبطة بأفراد عينة البحث وخصائصها ولا نستطيع تعميمها على كل الأفراد الذين تعرضوا للأحداث الصدمية المختلفة، بل هي نتائج مرتبطة بشروط وإجراءات البحث وتبقى نسبية لارتباطها بشروط ومنهجية البحث الحالي.

ملخص الفصل

وبهذا نكون قد عرضنا في الفصل الحالي موضوع الدراسة وأهميتهـا ومبـررات إجرائها حيث تطرق البحث إلى تشخيص اضطراب الضغوط التالية للاحـداث الصـدمية وعلاقته بالحالة النفسية للمصدومين وكفاءة أداء بعض الوظائف المعرفية لـدى تلاميـذ المرحلة الثانوية .

وشرعنا في عرض مشكلة الدراسة وما تفرع عنها من تساؤلات ثم تطرقنا إلـى أهميـة الدراسة بشقيها النظري والتطبيقي وكذا المبررات التي أدت إلى إجراءها كما تطرقنا إلى مختلف التعريفات الاجرائية للبحث والمتمثلة فـي: التشـخيص، الاحـداث الصـدمية، اضطراب الضغوط التالية للاحداث الصدمية، النوع والحالة النفسية التي تمثلت في: القلق، المخاوف المرضية، الوسواس القهري، الامراض النفسجسـدية، الإكتئـاب والهسـتيريا والمرحلة الثانوية وعرضنا إستخلاص عام لبعض الدراسات السابقة في هذا الموضوع.، كما قمنا بصياغة فرضيات البحث وختمنا الفصل بالتطرق إلى حدود الدراسة.

الفصل الثاني:

اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية.

أولا - **اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية واستراتيجية تشخيصه.**

1) تطور المفهوم عبر التاريخ.
2) طبيعة الصدمة والحدث الصدمي.
3) مفهوم اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية.
4) طبيعة اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية والأحداث الواسمة له.
5) الضغوط عامل خطر لتطوير اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية.

ثانيا- استراتيجية تشخيص اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية.

1) معطيات وبائية لانتشار اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية.
2) عوامل الخطر في تطوير اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية.
3) الصورة العيادية لاضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية.
4) الأعراض الأساسية لاضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية حسب المحكات التشخيصية لـ (DSM IV, 1994) .
5) الأعراض الثانوية لاضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية.
6) تقدير اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية.

ملخص الفصل.

تمهيـ ـ ـد:

بعدما تعرضنا إلى التعريف بموضوع الدراسة ومشكلتها وفرضياتها نتطرق في الفصـل الـراهن إلـى إضـطراب الضـغوط التاليـة للاحـداث الصـدمية مـن جوانـب مختلفة:التطورالتاريخي للمفهوم،التعريـف بـه،الاعراض الاساسـية والمصـاحبة لـه والمعطيات الوبائية كما نتطرق إلى استراتيجية تشخيصه من خـلال بعـض الدراسـات السابقة في الموضوع.

أولا-اضطراب الضغوط التالية للاحداث الصدمية والاعراض الواسمة له

سجل التاريخ العالمي البشري منذ القديم العديد من الأحداث الصدمية التي أثـرت علـى الأفراد والجماعات على المستويين الجسدي والنفسي، فسميت رواسب ونتائج هذه الأحداث الصدمية بعدة مسميات، فحينما نتتبع التطور التاريخي لمصطلح اضطراب الضغوط مـا بعد الصدمة أو اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية نجد أنه ظهر بصيغته العلمية الأولى على يد ريجار **(Rigler,1979)** تحت اسم عصاب التعويضات، ليشير بـه إلـى ارتفاع معدل المرض الذي أوردته التقارير بعد حوادث السكك الحديدية وفي عـام 1896 قدم إميل كريبلين **E.Kraeplin** مصطلح عصاب الرعب ليشير به إلى الرعب المفـاجئ الذي ينشأ عنه قلق مروع والذي يمكن ملاحظته بعد الحـوادث الخطيـرة، والحرائـق، والآثار المروعة، التي خلفتها الحرب العالمية الأولى. [1]

إلى جانب عصاب التعويضات والرعب هناك تسميات أخـرى لهـذا المصـطلح ظهرت متباينة على حسب ما ترتب عنها من نتائج سلبية على الفرد أو الجماعة في أماكن متعددة من المعمورة وفي أحقاب زمنية متفاوتة في القدم، حيـث أن مفهـوم اضـطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية ليس وليد العصر الحديث بل ظهر في عدة حضارات قديمة، وذلك ما يدعونا للتطرق إلى تطور مفهوم هذا الاضطراب عبر الزمن.

---

[1] الصبوة، محمد نجيب: (2002) مراجعة نظرية نقدية لأثر اضطرابات ما بعد الصدمة والعوامل المرتبطة بها على كفاءة بعض الوظائف النفسية لدى عينات عربية وعالمية من المصدومين: مجلة الثقافة النفسية، سبتمبر 44 عدد 18ص.89-117.

1) تطور المفهوم عبر التاريخ:

1-1 مفهوم اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية عبر الحضارات القديمة:

لا يعتبر اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية مفهوما جديدا بل ظهر في عدة حضارات قديمة، حيث أوضح تشارلز فيجيلي أن في الحضارة الفرعونية ومن خلال الكتابات المصرية القديمة التي تضمنت أوصافا لردود الفعل الإنسانية للأحداث الصدمية ومن أبرزها ما ذكر في كتابات كونوس بيبروس **Kunus Pyprus** عام 1900 قبل الميلاد، أن مفهوم اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية كان موجودا. (1)

كما يرجع باحثون آخرون مفهوم رد الفعل الصدمي إلى الحضارة الإغريقية القديمة فقد كتب المؤرخ الإغريقي هيرودوت أن جنديا أثنيا أصيب بالعمى بعد مشاهدته موت أحد الجنود في معركة الماراثون عام 490 قبل الميلاد، وبقى طول حياته أعمى. (2)

كما ورد في ملحمتي الألياذة **Iliad** والأوديسا **Odessey** لهوميروس أن أبطالا في الحرب عانوا من الأعراض الكلاسيكية لاضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية، كما عانى المحاربون من الهلع أثناء الحرب وبعدها.

2-1 اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية في الأدب العالمي:

أشارت بعض الأعمال الأدبية العالمية لمفهوم اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية، حيث ورد وصف الحالة التي كان يعانيها هوتسبور **Hotspur** في رواية الملك هنري الرابع للشاعر الإنجليزي وليم شكسبير **Shakespeare (1564-1616).**

حيث كانت الحالة تعاني أعراضا تشبه إلى حد كبير أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة، من أحلام مزعجة متعلقة بالحرب، والشعور بالوحدة وفقدان اللذة والسرور، فقدان النوم والإحساس بالألم في المعدة، والنظرة الشاردة والسوداوية.

وتصف مذكرات صاموئيل بيبيز **(Samuel Pepys)** في القرن السابع عشر صورة من أعراض شعر بها هو ذاته وآخرون ممن باقوا على قيد الحياة، إثر حريق لندن الكبير

---

(1) الرشيدي بشير وآخرون (2001) مرجع سبق ذكره ، مجلد 1 ص.22.

(2) Pratiques de soins et psychotrauma, (2002)manuel pour la prise en charge des enfants traumatises, bureau de L'unicef en Algerie, Alger p.29.

في عام 1666 حيث قدم دالي (Daly 1993) وصفاً لاستجابات بيبز المتمثلة فـي أحـلام مفزعة عن الحريق رعب وخوف شديد، والشعور بالأرق، والغضب، والاكتئـاب وهـذه الأعراض تشبه إلى حد كبير أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة.((1))

وتضاف صورة أخرى لنفس المفهوم من خلال كتابات الروائي الإنجليزي تشـالز ديكنز (Charles Dickens) (1812-1870)، هذه الصدمة النفسية الناجمة عـن حـوادث السكة الحديدية، فقد خبر الروائي حادث قطار في مدينة كنـت (Kent) بـانكلترا عـام 1865، فوصف ذلك بالحادث المروع بين مشاهدة الموتى والمحتضرين، فتطورت لديـه حالة رهاب السفر بالسكة الحديدية.

1-3 تطور المفهوم عبر علم النفس المرضي والطب النفسي:

كما أسهم عالم الأعصاب الفرنسي جين – مارتن شاركو (Charcot) في تطـور المفهوم عند ملاحظته الأفراد الذين يعانون أعراض مثل الأفعال القهرية والنسيان والآلام الجسمية الشديدة من دون أي سبب طبي أو عصبي وقد خلص شاركو باستخدام التنـويم المغناطيسي لتحديد أسباب الهستيريا أو الأعراض السـابقة إلـى أن صـدمات الطفولـة وغيرها من الصدمات التي تعتبر أحد أسباب الهستيريا وغيرها من الأعراض لدى هؤلاء الأفراد التي توصف في عصرنا أنها ترتبط بـ "إضطراب الضغوط التالية للصدمة" وقـد شدت اكتشافات شاركو اهتمامات الكثير من العلماء مثل فرويد، جانيه وبروير.

ومع نهاية القرن التاسع عشر وضع الطبيب النفسـي الألمـاني إميـل كـرايبلين (Kraepelin) مفهوم "عصاب الرعب" ليشير إلى حالة عيادية يمكن ملاحظتها بعد بعض الحوادث مثل الحرائق، حوادث القطارات وقد وصف هذه الحالة أنها تتألف من ظـواهر عصبية ونفسية متعددة تنشأ نتيجة استثارة انفعالية شديدة أو رعب مفاجئ قد يؤدي إلـى ظهور قلق شديد وشهد القرن العشرين اهتماما واضحا باضـطراب الضـغوط التاليـة للصدمة من حيث التطور في مفهومه وهذا بسبب الحروب وخاصـة الحـرب الأهليـة الأمريكية والحرب العالمية الأولى، حيث اكتشف الأمريكيون العصاب الصدمي القديم من

(1) Stephen O'Brien.L (1998), Traumatic events and mental health, cambridge, university press, p.7.

طرف أوبنهايم **(H.oppenheim,1889)** بسبب ما خلفته حوادث السكك الحديدية من آثـار نفسية سميت من طرف بوتمان **Putman** ووالتو **Walton** بـ **Rail Way Spine , Rail Way Brain.**

أما شاركو فأطلق عليها اسم "النورستينيا الهسترية الصدمية" كما أن بيـار جـاني وفرويد سماها العصاب الصدمي.

أسهمت الحرب العالميتين الأولى 1914-1918 والثانية 1939-1945 بقدر وافر في إتاحة الفرصة لأعمال متعددة ودراسات مختلفة حول عصاب الحرب، حيث أحصـى الأمريكي مابل براون **Mabel Brawn** عام 1918 حوالي أربع مائة مرجع خاص بالآثار النفسية التي خلفتها الحروب في جرده البيبوغرافي المتعلق بالدراسات التي أقيمت حـول الموضوع باللغة الفرنسية. (1)

كما سجل فردريك موت **F.Mott** عام 1919 وآرنيس سوذار **A.Southard** الآثار العصبية والنفسية المتعلقة بالحروب، وقد صك موت مصطلح صـدمة القـذائف **"Shell Schock"** التي افترض أنها تعود إلى صدمة بالدماغ، كما قدم سوذار وصـفا تفصـيليا للاستجابة الترويعية الناتجة عن الحرب لدى جندي فرنسي.

ووقف مايرز **(Myers)** موقفا مختلفا في تفسير صدمة القذائف في فرنسا، حيـث ميز بين فئتين من ألفين حالة تعامل معها ما بين فترة 1914-1918، الفئة الأولـى فئـة "رجة القذائف" **"Shell Concussion"** وهي حالة عصبية تحدث عن إصابة جسـمية أمـا الفئة الثانية فئة "صدمة القذائف" **"Shell Schock"** وهي حالة نفسية تحدث عن الضغوط الشديدة المصحوبة بالخوف الشديد. (2)

وافترض كاردنر **(Kardiner,1941)** أن المفاهيم السابقة: صدمة القذائف، عصاب المعارك، عصاب الحرب، إجهاد المعارك، إنهاك الحرب تحمل معنى مشترك لأنها تشير

---

(1) CROCK,L,(2000),Critiqe du concept d etat de stress post traumatique, in troubles psychiques post traumatiques, ministere de la sante et de la population, societe Algerienne de la Psychiatrie p12-13.

(2) الرشيدي بشير، منصور طلعت، النابلسي محمد، الخليفي إبراهيم، الناصر فهد، بورسلي بدر، القشعان حمود (2001): سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية: اضطراب الضغوط التالية للصدمة (1) التشخيص الطبعة الأولى، الكويت، الديوان الأميري مكتب الإنماء الاجتماعي ص.22-25.

إلى الاضطراب العام المكتسب نتيجة لضغوط الحرب، حيث تبين أن استجابات الجنـود لمواقف الحرب العالمية الأولى وطبيعتها ومدتها تراوحت ما بين انهيارات نفسية تسـببت في عجز حوالي 10% من الجنود الأمريكيين وإحالتهم على التقاعد و4% مـن الجنـود الإنجليز المصابين باضطرابات "صدمة القذائف" أو "إجهاد المعارك" أو "عصاب المعارك" وهي مسميات أصبحت تطلق على الصدمات المتعلقة بالمعارك الحربيـة أثنـاء الحـرب العالمية الأولى.

وقد وازى تطور في آثار الصدمات المرتبطة بالحروب في بداية القرن العشـرين تطور آخر مرتبط بإصابات حوادث السكك الحديدية وإصابات العمل، فقدم رجلـر عـام 1879 "عصاب التعويضات" **"Compensation Meurosis"** ليشير إلى حالات العجز بعد حوادث السكك الحديدية وما نتج عن ذلك من سن القوانين للتعويضات في روسـيا عـام 1881 كما بين جراحون عواقب وأعراض هذه الإصابات حتى صار مصـطلح "إصـابة العمود الفقري" نتيجة حوادث السكك الحديدية جزءا من لغة الطب وهذا تحت يد الجـراح الإنكليزي جون إيريك إيريشين **(Erichsen)** الذي ألف كتابا عن "رجة العمـود الفقـري" الناتجة عن الحوادث والإصابات والصدمات العصبية.

وإلى جانب هذا المنظور الطبي يظهر هربرت بيج **"Page"** وهو جراح إنجليـزي أهمية الجانب النفسي في التعامل مع حالات إصابات الحوادث ونشر مؤلفات تحت عنوان "إصابات العمود الفقري" والحبل الشوكي من دون إصابة ميكانيكية واضحة وغير مفاهيم إيريشن إلى مفهوم "الصدمة العصبية" **"Nervous shock"** ويوضـح أن أعـراض هـذه الصدمة أساسا هي أعراض نفسية، وأن بعض الحالات منها تعد أساسا أمثلة للهستيريا. [1]

أما أدلر **(Adler)** فقدم مفهوم "المضاعفات النفسية التالية للصدمة"

---

[1] Trimble , M.R.(1985), Post–Traumatic stress disorder: History of a concept , in c.r figley (Ed), trauma and its wake vol 1 new york : mazel , p6-7

"Post–Traumatic Mental Complications" ليصف حالة الأفراد الناجين مـن حريق وقع ببوسطن وتمثلت الحالة في سيطرة الأفكار المتعلقة بالصدمة ،الأرق، والأحلام المزعجة.((1))

ومن خلال دراسة قام بها ميلر "Miller" إثر صدور قانون التعويضات في إنجلترا عام 1907 وارتفاع عدد الإصابات المسجلة إلى حوالي (44%) وارتفاع هذه التكـاليف المالية الخاصة بالتعويضات إلى حوالي (64%) وجد أن ما يبديه المصابون من أعراض تكمن وراء آليات لاشعورية ونزعة إلى الحصول على مكاسب ثانويـة عـن إصـابتهم، وعندما تتبع الحالات وجد أن معظمهم تعافى واختفت الأعراض، السبب الذي جعله يطلق على الأعراض السابقة مفهوم "عصاب الحوادث" ويقرر أن عصاب الحوادث ليس نتيجـة في حد ذاته ولكنه يعكس الأعراض المصاحبة للتعويضات ومظاهر للرغبة في الحصول على مكاسب.

ومع مشارف الحرب العالمية الثانية، تراكم قدر كبير من الخبـرة العياديـة لـدى بعض ممارسي الصحة النفسية الذين شخصوا آلاف من الحالات الطبية النفسية المرتبطة بالحرب وعلاجها فقد قدم جرينكر وسبيجل **(Grinker & Spigel,1945)** أعراضا للجنود العائدين الذين يعانون عصاب الحرب وخاصـة أعـراض العـدوان، الاكتئـاب، عـدم الاستقرار، اضطراب الذاكرة، والنشاط الزائد في الجهاز العصـبي السـمبثاوي، إدمـان الكحول اضطراب التركيز والأحلام المزعجة والخوف الشديد (الرهاب) والشك.

كما قام أركيبالد وآخرون **Archipeld** بدراسة طولية لمدة 15 سنة قارنت ما بـين الأعراض الظاهرة لدى المحاربين القدامى في الحرب العالمية الثانية الذين يعانون "إجهاد المعارك المزمن" وبين الأعراض الظاهرة على المحاربين القدامى الذين لـم يتعرضـوا لمعارك حربية، وقد أوضحت نتائج هذه الدراسة أن المحاربين القدامى الذين يعانون إجهاد المعارك يظهرون تقديرات أعلى في معدلات اضطراباتهم النفسية التي تتجلى فـي عـدة أعراض تشمل: الأحلام المتعلقة بالمعارك، الدوار، الأصوات العالية، التشتت، الاهتيـاج

(1) Adler , A. (1943) Neuropsychiatric complications in victims of Bostons concount Grove Disaster, journal American Medical Association, 123, 1098-1101.

العصبي وتجنب الأفلام والمناظر المتعلقة بالحرب واسترجاع صور المناظر البشعة التي رأوها وإظهار اتجاهات نفسية غير سوية.

كما أشارت دراسات ووف وريبيلي **(Woff & Ripley,1947)** التي أجريت على أسرى عائدين إلى أوطانهم في الحرب العالمية الثانية بعد ثلاث سنوات أسر وتعذيب في اليابان، أن (22.9%) منهم كانوا يعانون مخاوفا وأحلاما مزعجة متعلقة بالحرب واضطراب الذاكرة والتبلد الانفعالي والإجهاد المزمن وضعف التركيز والغضب والاكتئاب.

كما أكدت دراسة أخرى لـ إيتنجر **(Eitinger,1962)** أجريت على أسرى في المعسكرات النازية إلى التوصل إلى نفس دراسة 1947.[(1)]

1-4 تطور مفهوم اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية في التصنيفات العالمية للاضطرابات النفسية :

1-4-1 التصنيف المعروف بـ DSM أو الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات النفسية

ينطلق التصنيف المعروف بـ **DSM** من فكرة هامة، وهي أن كل اضطراب يجب أن يتناسب مع اختلال ملكة أو خاصية ذهنية، والتي يمكن أن نرجع إليها لنستدل على موضع الأعراض في هذا التصنيف.

واقترحت تصنيفات مختلفة، منذ أن وضع كرايبلين **Kraepline** مؤلفه المشهور بالطب النفسي عام 1883، ومن بين التصنيفات الأكثر إستخداما في الوقت الحالي، التصنيف العالمي للصحة المعروف بـ **OMS** (باللغة الفرنسية) والذي يدخل في التصنيف العالمي للإمراض النفسية **CIM** أو بالانجليزية **ICD** الذي يقترح وصفا عياديا ومباشرا للتشخيص قبل طبعته الأخيرة، حيث شمل أربعة مجالات :

1. الاضطرابات العقلية والعضوية
2. الذهانات والحالات الذهانية

(1) الرشيدي وآخرون. (2001)، سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية، مجلد 1،مرجع سبق ذكره، ص ص .29-30.

3. الاضطرابات العصابية والشخصية واضطرابات أخرى غير ذهانية

4. التخاف العقلي [1]

عرف اضطراب الضغوط التالية للصدمة في النسخ المحررة من طرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي، والتي تجسدت في الدليل التشخيصي والإحصائي **DSM**، باستثناء النسخة الأولى والثانية التي ظهرت على الترتيب **(DSM I,1952 - DSM II,1968)**.

حيث ظهرت الطبعة الثالثة (DSM III,1980) وتضمنت وحدة تشخيصية عرفت بـ **Traumatic Stress Disorder**، ترجمت إلى الفرنسية بكلمة **etat de stress post Traumatique** مسجلة تحت رقم (308.30)، حيث ميز أعضاء الجمعية الأمريكية للطب النفسي **(APA)** بين شكلين عياديين :

1. النوع الحاد مسجل تحت رقم (308.30)

2. النوع المزمن أو المؤجل مسجل تحت رقم (308.81). [2]

وكان من الغريب أن الدليل التشخيصي والإحصائي **DSM** الأول والثاني الصادرين في العامين 1952، 1968 على التوالي، لم يشيرا إلى أي اضطراب نفسي ناتج عن أحداث صدمية، رغم ذلك التاريخ الزاخر بالأحداث الصدمية بمصطلحات مختلفة عبر السنوات الطويلة ولكنها تشترك عموما في أعراض معينة وصفت بها عبر التاريخ السابق لغاية عام 1980 أين عرف اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بشكل رسمي عندما ورد في الطبعة الثالثة للدليل التشخيصي والإحصائي **DSM III**، وأفردت له فئة تشخيصية مستقلة تندرج تحت اضطرابات القلق. [3]

وواصل ظهوره في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل الصادر عام 1987 وكذلك الرابع **DSM IV** الصادر عام 1994 ثم الدليل التشخيصي والإحصائي

---

[1] Godefroid, Jo, (1991), psychologie, Sciences humaines et science cognitive de Boeck, université Bruxelles 1ére édition Belgique P.686.

[2] Crock. L (2000) : critique du concept d'état de stress post traumatique, op.cit, P.11.

[3]- الخواجة جاسم محمد (1996) : مرجع سبق ذكره، ص.314.

الرابع المعدل (**DSM–IV-TR**) الصادر عام 2000 والذي يؤكـد علـى أن المـرض النفسي هو تلك الأنماط أو المتلازمات السلوكية والنفسية ذات الدلالـة الإكلينيكيـة التـي ترتبط بوجود حالات من الضيق، أو العجز أو زيادة احتمال المعاناة أو الموت أو الألم.[1]

بينما كان **DSM I** و**DSM II** متأثرين كبقيـة التصـنيفات الأخـرى بالنظريـة الفرويدية. [2]

فإن ظهور **(DSM III,1980)** فتح ثورة من خلال أنه أسقط كل مفهوم مرتكز على الثنائية جسد – روح وإستبدل فكرة المرض بمفهوم إضطراب، وأكدت هذه المقاربة على خلو الدليل الإحصائي والتشخيصي للأمراض النفسية **(DSM)** من النظرية.

تجسدت مراجعة **APA** لـ **DSM III** في **(DSM III R,1987)** حيث حافظت فيه على الوحدة التشخيصية لـ **PTSD**. مسجلة تحت رقم (89 – 309) وتغيرت فـي هـذه المراجعة بعض المحكات، حيث اختفى النوع الحاد لأن تشخيص الاضـطراب يشـترط استمرار الأعراض شهر على الأقل.

كما أشارت المراجعة إلى الإصابة المؤجلة، إذا أظهرت الأعراض خـلال السـتة أشهر اللاحقة، وحافظ محرري **DSM III R** على تشخيص اضـطراب **PTSD** مسـجل تحت رقم (81-309) وأدخلوا وحدة تشخيصية جديدة وهي حالة الضغط الحـاد مسـجلة تحت رقم (3 - 308) **Acute Stress Disorders.**

كما اعترف التصنيف العالمي للأمراض النفسية في مراجعته الثانية والمعروفة بـ **(ICD)** عام 1992 باللغة الانجليزية، والذي ظهر باللغة الفرنسية عام 1993، في جـزءه الخامس : الاضطرابات النفسية واضطرابات السلوك بوجود ثلاث وحدات :

1. رد فعل حاد لعامل ضاغط مسجل تحت رقم f 43.0
2. حالة الضغط ما بعد الصدمة مسجل تحت رقم f 43.1
3. تغيير دائم للشخصية بعد تجربة كارثية مسجل تحت رقم f 62.0 [1]

---

[1] ترول ، ثيموتي (2007) : علم النفس الاكلينيكي ، ترجمة طعيمة داوود زين الدين حنان ، عمان دار الشروق ص.215.

[2] Godefroid , J.O (1991), Opcit , p. 687.

كما كانت الطبعة الرابعة لـ **DSM** المحررة عام **1994 (DSM IV)**، والتي اتفقت مع المراجعة العاشرة لـ (**CIM 10 و1994**)، وأدى هذا التوافق بين التصنيفين إلى تسهيل التبادل بينها على المستوى العالمي.

احتفظ الدليل الرابع **DSM IV** بكل المبادئ الأساسية والسـابقة لـ ـ **DSM III R** الذي أكد على التقييم المتعدد المحاور والمقاربة العيادية التي تعتبر وصفية ترتكز علـى النموذج الطبي من نوع فئوي يسمح ببناء تشخيص انطلاقا من قـوائم للمعـايير تتميـز بالوضوح.

أ) النظام المتعدد المحاور:

الذي يكون التشخيص فيه أقل ذاتية، ويتصف بالموضوعية يجب أن يبنى خمسـة محاور يحال على أثرها سلوك المفحوص.

المحور I : دراسة الاضطرابات ووضعياتها.

المحور II : دراسة اضطرابات الشخصية الحالية والاستراتيجيات اللاتكيفية التي يتخذها الشخص للمواجهة.

المحور III : الاضطرابات العضوية.

المحور IV : مستوى الضغط الذي خضع له الفرد خلال العام الماضي علـى المسـتوى النفسي الاجتماعي ضغط عائلي بين شخصي، وعدم التوافق في المساندة الاجتماعية).

المحور IV : تقييم عام لتوظيف الشخص وقدرته لمواجهة صعوبات الحياة. (2)

---

(1) Crock . L , Op.cit 2000 , p 11 .
(2) Godefroid , J.O , Op.cit , p 687

ب) الجديد في DSM IV.

أشار **DSM IV** ضمنيا لعدم التفرقة بين الاضـطرابات العقليـة والاضـطرابات النفسية، مطالبا بأن يكون التشخيص المبين محددا بالحالة الحاضـرة والملاحظـة علـى الشخص.

ويمكن أن نشير هنا إلى الخطر الموجود عندما يكون التشـخيص مرتكـزاً علـى **DSM** أو أحد التصـنيفات الأخـرى المقترحـة مـن طـرف **CIM 10** أو **DSM IV** ومحدوديتها في وجود عدد من المعايير التي لا يمكن أن تأخذ بعين الاعتبـار القـدرات التفسيرية للأخصائي العيادي. [1]

2) طبيعة الصدمة والحدث الصدمي :

صدمة مصطلح كثر استخدامه في الطب وا لجراحة القديمين وهي كلمة يونانيـة تعني الجرح وأن ارتبطت بالجرح الذي يلازم الكسور [2] . وكثيرا مـا يـرتبط هـذا المصطلح بمفهوم أخر وهو الحدث الصدمي، إذ يشكلان الاثنـين (الصـدمة والحـدث الصدمي) الركيزتين الأساسيتين لما يعرف بعلم الصدمات وعلم الصدمات النفسية، حيث يشير علم الصدمات **Traumatology** إلى دراسة الجـروح والرضـوض والإصـابات الخطيرة، بينما يشير مفهوم علم الصدمات النفسية **Psychotraumatology** إلى دراسـة الصدمة النفسية بعبارة أخرى فان علم الصدمات النفسية يهتم بالجانب النفسي والظروف والعوامل النفسية المحيطة بالأحداث الصدمية.

يمكن تعريف الصدمة وفقا لطبيعة الحدث الصدمي ولآثار الصدمة على الأفـراد ولاستجابات الأفراد للحدث، وتكون الأحداث الصدمية على العمـوم خطيـرة وسـاحقة ومفاجئة وتتصف بقوتها وأنها متوقعة ونادرة وغير منتظمة تتسبب في ظهور الخـوف والقلق والانسحاب وتختلف أثارها باختلاف مدة تأثيرها ما بين أثار حادة وأثار مزمنة [3] .

---

[1] Ibid , 2000 , p 688.

[2] فرج عبد القادر طه، محمود السيد أبو النيل، شاكر عطيه قنديل، حسين عبد القادر محمد، (بدون سنة نشر)، معجم علم النفس والتحليل النفسي ، بيروت ، دار النهضة العربية ،ص.246.

[3] الرشيدي بشير وآخرون (2001) ، مرجع سبق ذكره ، ص.46 .

و مفهوم صدمة الذي يترجم إلى الفرنسية بـ **Traumatisme** يحدد الظواهر التي تنتج داخل الجهاز النفسي الخاص بالفرد عندما يتعرض هذا الأخير إلى حـادث مفـاجئ وعنيف يهدد بشدة تكامله الجسدي والنفسي الذي يسمى الحادث الصدمي [1].

وتعني الصدمة بهذا المفهوم وقوع او حدوث الأذى والضرر والإصـابة وهـي تهاجم الإنسان وتخترق الجهاز الدفاعي لديه مع إمكانية تمزيق حياة الفرد بشدة وقد ينـتج عن هذا الخوف العميق او الرعب والعجز عن التصرف [2]

و تعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع **(DSM IV,1994)** الصدمة بأنها التعرض لحدث صدمي ضاغط على نحو مفرط الشـدة يتضمن خبرة شخصية مباشرة لهذا الحدث الذي ينطوي على مـوت فعلـي أو تهديـد بالموت أو إصابة شديدة أو غير ذلك من التهديد للسلامة الجسـدية أو مشـاهدة حـدث يتضمن موتا أو إصابة أو تهديدا لسلامة الجسم لشخص آخر أو أن يعلم شخص عن موت غير متوقع أو نتيجة لاستخدام العنف أو عن ضرر شديد أو تهديد بالموت أو الإصـابة مما قد وقع لعضو من أعضاء الأسرة أو لبعض الأصدقاء المقربين [3].

إن الصدمة النفسية هي حدث في حياة الشخص يتحدد ب :

- العجز عن الاستجابة الملائمة اتجاه الحدث
- الشدة
- بما يثيره في التنظيم النفسي من اضطرابات دائمة وأثار مولدة للمرض [4]

---

[1] Gilbert, V, Porche, L, M, Simeoni, M,(1999) : Etat de stress post traumatique chez l'enfant et l'adolescent, enfant victime d'agression, Paris, Masson, , p 9

[2] Everly , GS . psychrotraumatology,(1995) :Key papers and core concepts in post traumatic stress , Plenum, New York, p.6.

[3] American psychiatric Association : Diagnostic and statistical Manual of mental disorders , 4th ed ,
Washington D.C,(1994) : American psychiatric Association, p.424.

[4] لابلانش جان . بونتاليس ج.ب، (1985) : معجم مصطلحات التحليل النفسي ، ترجمة مصطفى حجازي ، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية ، ص.369.

من هذا المنطلق توضح ما تساكيس **(Matsakais,1994)** انـه ينبغـي أن نحـدد المعنى الحقيقي للصدمة لان هناك تداخلات في بعض الأحداث التي توصف على أنهـا "صدمية " ولكنها في الحقيقة لا تعتبر صدمة، فالصدمة الحقيقية بالمعنى الاكلينكي تشـير إلى المواقف التي يكون الفرد فيها في حالة من العجز وفي نفس الوقت يكون معرضـا لخطر جسيم، وتشير الصدمة بهذا المعنى إلى الأحداث التي تتضمن الموت أو الإصـابة أو احتمالات الوفاة، وتتضمن الصدمة أيضا أحداثا على درجة كبيرة من شدة الرعـب تفوق أي قدرة إنسانية على تحملها أو مواجهتها وبهذا المعنى يقتصر مفهـوم "الصـدمة" على الكـوارث الطبيعيـة كـالزلازل والبـراكين والأعاصـير والسـيول والحرائـق، والفيضانات...

و الكوارث التي من صنع البشر كالحروب والاعتقال والأسر والاعتداء الجسـمي والجنسي وقد تتضمن الصدمة أيضا ضحايا حوادث المواصلات والجرائم وما يصـادفه الفرد فيها من مشاهد الموت او الإصابة وما ينتج عنه من إمكانية تطـوير اضـطراب الضغوط ما بعد الصدمة [1].

يتضح مما سبق انه يمكننا أن نتناول مفهوم الصدمة من منظورين :

الصدمة باعتبارها ضواغط مقابل الصدمة باعتبارها استجابة ويعني ذلـك انـه يمكن تفسير الصدمة باعتبارها ضواغط وفقا لعوامل موضوعية، أي وفقـا لخصـائص موقف الصدمة من شدة وطول المدة ومن درجة الخطر المحـدق بـالفرد والأشـخاص المستهدفين ويأخذ هذا التفسير بالمنحنى العمودي في دراسة الصدمات وأثارها.

أما الصدمة باعتبارها استجابة ، فتركز على الشخص الضحية و ما يتصف بـه من خصائص شخصية وأسلوب حياته ونظام معتقداته وسلوكه التكيفي ومهارات التعامل مع الضغوط ومواجهتها، أي أن هذا المنحى يبرر الجوانـب الذاتيـة فـي إدراك الفـرد

[1] Matsakais A ,. (1994).op. cit pp.27-28.

للضغوط وتفسيرها واستجاباته لها، لذا يعني هذا التحديد للصدمة بالمنحى الفردي الذي يعنى بالفروق الفردية في التكيف مع أحداث الحياة الضاغطة [1].

3) مفهوم اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية :

أعطيت عدة مفاهيم لاضطراب الضغوط التالية للصدمة وذلك لاختلاف مشارب والأطر النظرية لكل من يقوم بتعريف أو تقديم مفهوم للمصطلح السابق.

حيث لاحظنا مع تطور المفهوم عبر التاريخ، اختلافا كبيرا في تسمية المصطلح، وكان عموما يعود بالدرجة الأولى في بعض الأحيان إلى السبب المباشر الذي أدى إلى ظهور الأعراض المميزة له، حيث سمي بمفاهيم متعددة، عصاب التعويضات، عصاب الحرب، عصاب الرعب، صدمة القذائف أو استنزاف المعركة أو تعب القتال. إلى أن سمي العصاب الصدمي مع بروز مدرسة التحليل النفسي، أما الأطباء النفسانيون فسموه الكارثة، في حين أطلق علماء النفس العياديون عليه اسم الصدمة النفسية.

وإذا أردنا أن نعطى هذا المفهوم معناه فيجب علينا أن ندقق نوعا ما في المفهوم اللغوي إلى أن نصل إلى المفهوم الاصطلاحي، فإذا أطلقنا عليه الصدمة فقط، ما معنى الصدمة إذن؟ هل نستطيع أن نحصره في كلمة واحدة؟ إذا أضفنا نعت لها وهو كلمة "نفسية" لتصبح "الصدمة النفسية" وما هو الاختلاف بين الصدمة النفسية والحدث الصدمي إذا بحثنا عن المفهوم اللغوي للصدمة **Traumatisme** باللغة الفرنسية نجده يعبر عن عاقبة جرح أورض، أي ما ينتج عن أي جرح أورض أما كلمة " صدمي " أي **Traumatique** فتعني جرحي أورضي، بالتالي فإن الصدمة هي لفظ ينتمي مبدئيا إلى الجراحة ويعنى النتيجة المترتبة عن اقتحام عامل خارجي للجسم وعندما نتبع الكلمة السابقة بوصف نفسية يصبح معنى الكلمتين المتلازمتين "الصدمة النفسية" هي الظواهر التي تنتج داخل الجهاز النفسي الخاص بالفرد عندما يتعرض إلى حادث مفاجئ وعنيف

---

[1] الرشيدي بشير و آخرون . (2001) ، سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية ، اضطراب الضغوط النفسية التالية للصدمة (1) التشخيص ، مرجع سبق ذكره، ص.50.

يهدد بشدة تكامله الجسدي والنفسي الذي يسمى الحادث الصدمي. وهنا يكمن الفرق بـين الصدمة النفسية والحدث الصدمي.[1]

ولتجنب الخلط بين أي صدمة مادية، كما في حالة التناذر الذاتي للصدمات الدماغية أوصى كروك **Crocq** باستخدام كلمة نفسية متبوعة دائما بكلمة صدمة لتصبح "الصـدمة النفسية" [2] والتي تعني ما يترتب أو ما ينتج من اضطرابات نفسية معينة إثر حـدوث أو تعرض الفرد إلى حادث صدمي.

إن الصدمات النفسية التي عانى منها الفيتناميون، أسهمت بشكل كبير في توفير أداة عيادية جيدة للتعرف أكثر على هذا الاضطراب، حيث أن الصراعات المسلحة التي عقبت الحرب الفيتنامية أغنت الأدبيات العالمية، وحددت العلاجـات.[3] ومـع ظهـور الـدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للاضطرابات النفسية عام 1980 المحـرر مـن طـرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي **(APA)** ظهر اضطراب الضـغوط مـا بعـد الصـدمة **(PTSD)** بصفة رسمية معطيا محكات محددة ودقيقة. نفس الأمر كان في الطبعة المراجعة **(DSM III R,1987)**، حيث أكدت هذه الطبعة على الاتيولوجية الصدمية وضرورة ظهور أعراض الإعادة (التكرار)، التجنب، وإفراط فـي الحيـاة النورواعاشـية. أمـا الـدليل التشخيصي والإحصائي في طبعتة الرابعة عام **(DSM IV, 1994)** حدد أكثر خصـائص الحدث الصدمي وردود الفعل الانفعالية الفورية [4].

وعليه استنادا إلى الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع الـذي أعدتـه الجمعيـة الأمريكية للطب النفسي **(DSM IV,1994)** فإن اضطراب الضـغوط التاليـة للأحـداث الصدمية هو فئة من فئات اضطرابات القلق حيث يعقب تعرض الفرد لحدث ضاغط نفسي

---

[1] Gilbert, V proche L.M; Mouren, MCH, Simeoni (1999); ETAT de stress post- traumatique chez L'enfant et l'adolescent, Paris, Masson,. p. 9

[2] Crocq,L, (1992): Panorama Des séquelles Des thaumatismes psychiques, nevroses traumatiques, états de stress post traumatiques et.autres séquelles,in psychologie médicale, 24-5: Paris, p 427-430

[3] Gilbert, V Et Col, (1999) op.cit, p. 14.

[4] Amricain Psychiatric association (1994) : Diagnostic and statistical Manual of mental disorders, 4 th ed. washington criteres diagnostiques traduction française (1996) par Guelfi . J. D et al, Paris, Masson p. 384

أو جسمي غير عادي في بعض الأحيان بعد التعرض له مباشرة وفي أحيان أخرى لـيس قبل ثلاثة أشهر أو أكثر. [1]

نفهم من التسمية السابقة، أن هذا المفهوم يظهر بعد حادث صدمي أو يليه، مهمـا كان نوع الحادث الصدمي وحسب الدليل التشخيصي والإحصائي (**DSMIV,1994**) فـإن هذا الأخير لا يتضمن فقط الموت الحقيقي أو التهديد بالموت أو الإصابات الشديدة للـذات والآخرين وإنما يتضمن كذلك إحساسا بالخوف الشديد (الرعب) والعجز المطلق. [2]

يصعب الحكم على هذا الشعور عند الطفل في غياب شهود على ذلك.[3] من هـذا التعريف نجد أنفسنا أمام المركب الثنائي للحدث الصدمي الحدث نفسه والكيفية التي أدرك بها الحدث من طرف المتعرض له.

ويوضح **DSM IV** أن الاضطراب يبدأ في شـكل اسـتمرار لاسـتعادة الخبـرة الصدمية من خلال الأحلام المتكررة وقد تظهر بعض الاستجابات الفسيولوجية لأي شيء يثير الحدث الصدمى، وكذلك محاولات المصدوم المستمرة لتجنب المنبهـات المرتبطـة بالصدمة والنشاطات والمواقف التي من الممكن أن تثير ذكرها والحذر فـى الاسـتجابة وكذلك الاستثارة المرتفعة التي تظهر على شكل أرق شديد، وقابلية الإحساس بأي منبـه وصعوبة التركيز والتيقظ الزائد والاستجابات الترويعية [4] (وسـلوكه التكيفـى ومهـارات التعامل مع الضغوط ومواجهتها أي أن هذا المنحى يبرز الجوانب الذاتية في إدارك الفرد للضواغط وتفسيرها واستجاباته لها [5]).

من هذا المنطلق يوضح (**Fereri,1999**) أنه ينبغي أن نحـدد المعنـى الحقيقـي للصدمة لأن هناك تداخلات في بعض الأحداث التي توصف على أنها صدمية، ولكنها في الحقيقة لا تعتبر صدمية [6] ، فالصدمة الحقيقة بالمعنى الإكلينكى تشير إلى المواقف التـي

---

[1] الرشيدي وأخرون (2001) المجلد 1، مرجع سبق ذكره ، ص.44.

[2] Ferreri , M, (1999): op-cit. p .58

[3] Vila, G et col (1999): op.cit p 16

[4] Ferreri , M, (1999): op.cit p .58.

[5] الرشيدي وأخرون (2001) المجلد 1، مرجع سبق ذكره، ص.50.

[6] Ferreri , M. (1999): op.cit , p. 58

يكون الفرد فيها في حالة من العجز وفى نفس الوقت يكون معرضا لخطر جسيم. وتشير الصدمة بهذا المعنى إلى الأحداث التي تتضمن الموت والإصـابة أو احتمـالات الوفـاة وتتضمن أيضا أحداثا على درجة كبيرة من شدة الرعب تفوق أية قـدرة إنسـانية علـى تحملها أو مواجهتها وبهذا المعنى يقتصر مصطلح الصـدمة علـى الكـوارث الطبيعيـة كالزلازل والبراكين والأعاصير والسيول والحرائق والاعتقال والأسر والاعتداء الجسمي والجنسي وقد تتضمن الصدمة أيضا ضحايا حوادث المواصلات والجرائم ومـا يصـادفه الفرد فيها، من مشاهد الموت أو الإصابة وما قد ينتج عنه من تطوير اضطراب الضغوط التالية للصدمة. [1]

يتضح مما سبق أنه يمكننا أن نتناول مفهوم الصدمة مـن منظـورين: الصـدمة باعتبارها ضواغط مقابل الصدمة باعتبارها استجابة ويعنى ذلك أنه يمكن تفسير الصدمة باعتبارها ضواغط وفقا لعوامل موضوعية أي وفقا لخصائص موقف الصدمة مـن شـدة وطول مدة ومن درجة الخطر المحدق بالفرد والأشخاص المستهدفين ويأخذ هذا التفسـير بالمنحني العمودي في دراسة الصدمات وأثارها.

أما الصدمة باعتبارها استجابة فتركز على الشخص والضحية وما يتصف به مـن خصائص شخصية وأسلوب حياته ونظام معتقداته.

4) طبيعة الاضطرابات التالية للأحداث الصدمية والأعراض الواسمة لها:

يعتبر اضطراب الضغوط التالية للصدمة مرضا خبيثا وغادرا يؤدى إلى العجـز، ويتسم هذا الاضطراب بأعراض وعلامات محددة. تحدث أعراض حـادة بعـد الحـادث الصدمي مباشرة، ولكن بمرور الوقت يحدث تحسن أو شفاء لهذه الأعراض، ويقل عـدد الحالات التي تشخص باضطراب الضغوط الحاد (وهو تشخيص للحالات فـي الأربعـة أسابيع الأولى)، ولا يشخص اضطراب الضغوط التالية للصدمة PTSD إلا إذا استمرت الأعراض شهراً كاملاً. [2]

---

[1] Matsakis , A.(1994) : op. cit pp. 27-28.

[2] عبد الخالق أحمد، (1998) : الصدمة النفسية مع إشارة خاصة إلى العدوان العراقي على دولة الكويت ، مطبوعات جامعة الكويت، ص.96.

وتبدأ زملة الأعراض عندما يصادف الفرد تهديدا بالموت أو الإصـابات الشـديدة للذات أو الآخرين، هذه الأعراض قد تدوم دقائق أو ساعات أو أيام وتتسم بالإحساس بفقد أي شيء ويمتزج هذا الإحساس بالخوف ولاسيما عند تذكر الموقف أو الحدث الصدمي.[1]

يعاني المصدوم في بداية الأمر من فجائية الصدمة، ثم يشعر بـالخوف وتتملكـه أحاسيس الفقد حتى يصعب عليه بيانها، ثم يتبع ذلك تشتت الانتباه والتفكير وضعف فـي الذاكرة وعدم القدرة على التركيز أو إصدار الأحكام ثم تأتي بعدها مرحلـة تغيـر فـي الاتجاهات نحو العلاقات الإنسانية تتميز بتدهور الثقة بالآخرين وتناوب مشاعر الاعتمادية غير الواقعية ورغبة مرضية في الحصول على المساعدة من الآخرين، إن القسوة المفاجئة للخبرة الصدمية التي ألمت بالفرد أحدثت شرخا أساسيا في رؤيته للعالم وتحولا من الثقـة إلى الشك [2] وتؤدي اضطرابات التالية للصدمة إلى معاناة شديدة أو ضعف واضـح فـي المهام الاجتماعية أو المهنية يتحدد باعتباره حادا إذا استمرت الأعراض ثلاثـة شـهور فأكثر كذلك لابد من تحديد ما إذا كانت بداية الاضطراب مؤجلة أي تبدأ الأعراض بعـد ستة شهور على الأقل من التعرض للأحداث الصدمية، حيث يتحدى الحـادث الصـدمي الطاقات التكيفية لدى الفرد، فيسعى جاهدا إلى استعادة توازنة وقد ينجح فـي ذلـك وقـد يفشل، فإذا فشل في تحقيق ذلك فإنه يصاب باضطرابات محددة ذات احتمالات ثلاثة مـن بينها اضطرابات ما بعد الصدمة.

إن الحادث الصدمي أول ما يؤثر في التنظيم المعرفي لدى الفرد فيؤدي بالفرد إلى وضع تفسيرات نفسية محددة لهذا الحادث ويتفق التفسير السلبي لهذا الحادث مع ظهـور أعرض عامة على الفرد، منها الذكريات التي تقتحم ذهـن المصـدوم والتنبيـه الزائـد للضغوط، وينجم عن كليهما أعراض ثلاثة أكثر تحديدا وتتمثل في الانسحاب، والخدر في الاستجابة، والاكتئاب، ثم يلي ذلك احتمالات مرضية ثلاثة هي زمـلات طبيـة نفسـية كاضطرابات ما بعد الصدمة أو اضطرابات الشخصية، أو اضطرابات نفسية فسيولوجية،

---

(1) عبد الخالق أحمد ، رفقي محمد ، عباس عادل ، الزيد أحمد، الصمصام ريما، عبد السلام نهلة، عجوز إيمان (2000) : الاضطرابات التالية للأحداث الصدمية ، الكويت، مكتب الانماء الاجتماعي, ص.6.

(2) Titchner, J. (1986): post traumatic decline: A consequence of unresolved destructive drives. In C.R.Figeley (Ed). Trauma and its wake (vol.11). New York, publischers Brurnner - mazel . P. 6.

وعندما تستقر اضطرابات ما بعد الصدمة لدى الفرد فإنه يصاب بأعراض محددة أهمها التخيلات المقتحمة والسلوك التجنبي والتنبيه الزائد. [1]

وتتميز أيضا حالات اضطرابات التالية للصدمة بحدوث هلاوس، ذكريات مقتحمة وكوابيس لدى المصدوم فتجعله يتصرف كما لو كان الحدث الصدمي يعاود الحدوث مرة أخرى. كما تنتاب المصدوم بعض الأعراض النفسية العصابية مثل الهستريا، التهويل، الأفكار الاستحواذية، طقوس معينة، كما قد ترتبط هذه الاضطرابات بأمراض نفسية جسدية مثل الربو، ارتفاع الضغط، أمراض جلدية، وتظهر عند المصدوم اضطرابات سلوكية مثل نوبات عصبية، وانفجارات الغضب، ونوبات البكاء، ومحاولات انتحارية أو فقدان الشهية أو الإفراط فيها. [2]

يرى **Baum** بوم أحد المهتمين بدراسة الأحداث الصدمية وأثارها أن التمييز بين الكوارث أو اعتبارات الاختلاف والاتفاق بين الأحداث الصدمية تمثل مشكلة بحثية فمن غير المعقول أن ننظر إلى الزلزال أو الفيضانات أو الحرائق أو الحرب باعتبارها متماثلة أو من نفس النوع، وبرغم ذلك الاختلاف في وجهات النظر مع الذين يرون أن الكارثة مهما تعددت أشكالها فلا تعرف إلا من أثارها التي لا تختلف فيما بينها حيث طرحت تصنيفات للتمييز بين الأحداث الصدمية اعتمدت على مصدر الحدث (الإنسان/ الطبيعة) أو مدة الحدث (فجائي قصير/ ممتد) أو موقع التأثير: الذات، الممتلكات، أوالغير .إن تحديد الأثر الذي ينجم عن الحدث الصدمي بقي يشغل الكثير من الباحثين في مجال اضطراب الضغوط التالية للصدمة بعبارة أخرى، فإن مفهوم العزو أو الانتساب يكون مشكلة باعتبار أنه ليس لدينا تقييم مسبق عن حالة المصدوم من جهة وصعوبة إهمال الأثر التراكمي لأحداث صدمية سابقة من جهة أخرى.

قد حاول الكثير من المهتمين بالاضطرابات النفسية الناتجة عن الأحداث الصدمية، قياس الاضطرابات المصاحبة والتالية للصدمة ولكن كان الاختلاف كبيرا، فقد حاول الكثيرون تطبيق المقاييس السيكو مترية المشتقة من قوائم اختبارات الشخصية لقياس

---

[1] إيمان عبد الحليم ، (2004): مرجع سبق ذكره ، ص.3.

[2] Crocq.L. Steinitz. A, (1992): L'inventaire – échelle de nevrose traumatique in psychologie medicale 24,5 paris. Copyright societé presse medicale p. 437.

الأعراض النفسية المتوقعة مثل، القلق والاكتئاب واستخدم الآخرون المقـابلات العياديـة وقياس الأبعاد الاجتماعية والأسرية، كما لجأ البقية إلـى اسـتخدام المقـاييس السـلوكية وأبعادها المعرفية وربما التحصيلية المدرسية ومقاييس فسـيولوجية مختلفـة ومتعـددة. وبغض النظر عن هذا الاختلاف والفروق الفردية وشدتها فقد أشارت الدراسات المختلفـة إلى تمتع تلك المقاييس بدرجات عالية من الصدق والثبات جعل لها أهمية ومنفعـة فـي أبحاث الصدمات والاضطرابات التالية لها. [1]

5) الضغوط عامل خطر لتطوير اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية:

يتوصل الكندي هانس سيلي **(Selye,1976)**، الذي يعد رائد أبحاث الضغط، إلى إثبات مفاده أن الضغط يظهر عند كل إنسان ولكن أحدا يكاد لا يعرف ما هو بالضبط [2].

و حسب سيلي فان الضغط هو رد فعل بيوفسيولوجي محـدد بتنشـيط هياكـل عصبية وإفراز الادرينالين من العضوية اتجاه أي اعتداء مهما كانت طبيعتـه (ماديـة، كيميائية، فيزيائية، انفعالية ...) ومنذ 1956 حتى نهاية حياته عام 1982، وسع هـانز سيلي من ميدان ومجال الضغط إلى استجابات الفرد (عوض الجسم) لكل تغييـر فـي المحيط واستنتج وخلص في الأخير أن الضغط هو ملح الحياة او تابل الحيـاة [3] وتنشـا الضغوط كرد فعل للصدمة وتعتبر نتيجة من نواتجها والتعرض الزائد للضغوط قد يؤدي إلى تطور أعراض الضغوط، وإذا استمرت هذه الأعراض أكثر من شهر فإنها تتطـور بالتالي إلى اضطراب الضغوط ما بعد الصدمة [4].

وتعتبر الضغوط مكونا أساسيا من مكونات الصدمة وأثارها، وهي ظاهرة إنسانية كما قررها سيلي، ويؤكد أن عيش الفرد دون ضغوط يعني الموت ولكن الشدة والتعرض المتكرر لها (وهذا ما يحدث بالجزائر: تعرض الناس المتكرر والمتنـاوب بـين أحـداث

---

[1] عبد الخالق ، أحمد (2000)، مرجع سبق ذكره ص، ص.8-9

[2] كلاوش شويخ ، شراينكة غيرت (2006): الكرب أو الشدة النفسية ' ترجمة الياس حاجوج ، دمشق ، دار علاء الدين ،، ص.5

[3] Crocq .L M; Critique du concept d'état de stress post .traumatique , troubles psychiques post traumatiques Ministère de la santé est de la population , Alger , Société Algérienne de la Psychiatrie 2000 ,pp.13-14.

[4] Matsakis ,A, post traumatic stress disorder , op . cit , p. 17.

صدمية طبيعية وأحداث صدمية بشرية العمليات الإرهابية بمختلف مظاهرها وما يترتـب عليها) يجعلها تصبح ضغوطا ذات تأثيرات سالبة مرتبطة بالعجز عـن التفاعـل مـع الآخرين وظهور أعراض لأمراض جسمية وغير ذلك من نواحي الاختلال الوظيفي [1].

نفهم مما سبق أن الضغوط هي عملية يستجيب بها الفرد لأحداث بيئية ونفسـية ويدركها على أنها مهددة له، وتسمى الأحداث التي تؤدي إلى نشأة الضغوط بالضواغط او الأحداث الضاغطة **Stressors**، يمكن لحدث ما أن يكون ضاغطا بالنسبة لفرد ولكنه لا يكون ضاغطا بالنسبة لفرد أخر، يؤكد لازاروس **Lazarus** أن تقدير الفرد للأحداث الضاغطة وإدراكه وتفسيره لها هي العامل الحاسم في الاسـتجابة لهـا، حيـث يحـدد لازاروس وفولكمان **(Lazarus&Folkman)** تعريفا للضغط النفسي على انـه علاقـة معينة بين الشخص والبيئة، ويجري تقييم الشخص لها أنها مجهدة او تفوق مصـادره او تعرض حياته للخطر[2].

تفرض الضغوط على الفرد متطلبات قد تكـون فسـيولوجية او اجتماعيـة او نفسية، او تجمع بين هذه العوامل الثلاثة وعندما يستعد الفرد لهـذه الضـغوط ويحشـد طاقاته لمواجهتها قد يدفع الثمن في شكل أعراض نفسية ،فيزيولوجية يطلق عليها هانز سيلي **(Selye,1956)** زملة التكيف والتي تسير في ثلاث مراحل:

1- مرحلة الإنذار : ويقسمها إلى طور الصدمة وطور الصدمة المعتادة [3] وهي مرحلة الإنذار بالخطر، حيث ينشط الضغط آليات التكيف .

2- مرحلة المقاومة: وتزداد فيها مقاومة المنبه، المسبب وتتناقص مقاومـة المنبهـات الأخرى، فيتطلب فيها الضغط استخداما قويا لآليات التكيف مع التحمل والمجاهـدة فـي سبيل ذلك.

3- مرحلة الإجهاد والاستنزاف : ويتم فيها استنفاذ إمكانات التكيف الخاصة بالمرحلـة الثانية، حيث يؤدي الضغط إلى إنهاك آليات التكيف مـن خـلال الاسـتخدام الزائـد

---

(1) الرشيدي بشير و آخرون (2001)، مرجع سبق ذكره, ص. 57 .

(2) Lazarus , R, SQ Folkman (1984). S stress appraisal , and coping, New York, Springer, p. 19

(3) كلاوش شويخ ، شراينكة غيرت (2006)، مرجع سبق ذكره ، ص. 16.

والمستمر لها [1] ، ويمكن أن تنشا ما تسمى أمراض التكيف، وذلك في حالة غياب إمكانات الاستراحة وتتكون تناذرات الاستجابة للضغوط من الأعراض التي تحدث بعد التعرض لأحداث ضاغطة شديدة او لظروف مهددة للحياة، وتعتبر الخبرات الملاحظة بشكل متكرر عوامل مهيئة، وعوامل خطر لتطوير اضطرابات الضغوط، ومن هنا ينبغي على الاختصاصي العيادي أن يقدر درجة الضغوط الخارجية المفروضة على الفرد بعبارة أخرى، لتقييم او لتقدير زملة الاستجابة للضغوط ينبغي على من يقوم بعملية التقييم العيادي أن يأخذ بعين الاعتبار التفاعل بين الحدث الضاغط والشخص الذي تقع عليه الأحداث الضاغط.

ثانيا : الاستراتيجية التشخيصية لاضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية:

1) بعض المعطيات الوبائية لانتشار PTSD:

أشار **فيربنك ومعاونوه (Fairbank,1995)** أن انتشار اضطراب الضغوط التالية للصدمة تتراوح ما بين (11%) إلى(12.3%) في الوسط الراشد بينما تقديرات الإصابة بالاضطراب **(PTSD)** نتيجة حدث صدمي نفسي تتراوح ما بين (3.6%) إلى (30.9%).[2]

أما الدليل التشخيصي والإحصائي في طبعته الرابعة **(DSMIV,1994)** فيكشف عن دراسات أجريت على المستوى العالمي تقدر معدلات انتشار PTSD بنسبة تتراوح ما بين (1%) إلى (14%) مع اعتبار التنوع في طرق القياس والتقويم والعينات المأخوذة من المجتمع، وتكشف الدراسات التي أجريت على الأشخاص المعرضين للخطر مثل المحاربين القدامى أو ضحايا الكوارث الطبيعية أو جرائم العنف عن معدلات تتراوح ما بين (3%) إلى (58%). [1]

---

[1] بشير الرشيدي (2001)، مرجع سبق ذكره. ص .63.

[2] Fair Bank, J.A.; Schelenger, W.E.; SAIGH,P.A.;DAVIDSON J.R.T.; (1995),"AN Épidemilogic profile of post traumatic stress disorder, prevalence comorbidity and Risk factors, IN Friedman M.J, charney D.S, Deutch AY (coord). Neurbiological and clinical consequences of stress, from normal adaptation to post stress disorder, lippincott- RA Ven, philadelphia , p. 415-427."

[1] American psychiatric Association (1994); Diagnostic and statistical manual of mental disorders , 4 the ed, washignton D.C: American psychiatric Association, p.427.

قام مارك فرلان **(McFARLANE,1986)**، بدراسة طولية تهدف إلى البحث عـن الظهور المتأخر لاضطراب الضغوط التالية للصدمة أو زوال أعراضه لـدى الحـالات المزمنة، وأجرت الدراسة على 469 شخص من جنود الإطفاء وعمال الإنقاذ في كوارث الحرائق ،وقد تبين أنه بعد 11 شهر من الصدمة، ظهر اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى 41 حالة واختفى لدى 59 حالة، وأنه بعد 29 شهر من المتابعة، ظهـر اضـطراب الضغوط التالية للصدمة لدى 52 حالة أخرى ولكنه اختفى لـدى 35 حالـة أخـرى وأن (53%) من الأشخاص الذين أبدوا اضطراب الضغوط التالية للصدمة بعد أربعـة أشـهر أبدوا هذا الاضطراب كذلك بعد فترة 29 شهر.

وفي ضوء هذه النتائج، يفترض ماك فارلان وجـود ثلاثـة أنـواع لاضـطراب الضغوط التالية للصدمة وهي :

1- النوع المزمن **CHRONIC**.

2- النوع المتكرر أو المعاود **RECURRENT**.

3- النوع ذو البداية المتأخرة أو المؤجلة **DELYED ONSET**. [2]

كما بين هالزر **(HALZER, 1987)** أن هناك دراسات توجهت إلى تقدير معدلات حدوث اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى مجموعة السكان ومن أمثلة هذه الدراسة، الدراسة المسحية لتقدير المعدلات الوبائية في مناطق تجمع الأمطار، والتـي وجـدت أن معدل شيوع اضطراب الضغوط التالية للصدمة يقدر بحوالي (1%) لدى مجموع السكان وحوالي (5%) لدى الذكور (13.9%) لدى الإناث تبين وجـود معـدلات عاليـة مـن الاضطرابات المصاحبة وخاصة اضطرابات المزاج والاضطراب الوسواسي القهري[1]

في دراسة قام بها كولكا وسيلنجر وآخـرون **(Kulka&Schlenger et, al. 1988)** توصلات إلى أن 152 من المحاربين القدماء العائدين من الفيتنام يعـانون مـن أعـراض

---

[2] Mcfarlane, MY (1986), along- term, psychiatric morbidity after a natural disaster, medical Journal of australia, 145, 561-563.

[1] helzer, J.E.; robins,LN.; & mc evoy, L.; (1987). post traumatic stress disorder in the general population: findings of the epidemiologic catchment area survey New england journal of medecine, 317, 1630-1634.

PTSD ويمثلون 479000، كما توصلت الدراسة إلى أن (30%) مـن كـل المحـاربين القدماء يعانون من اضطراب الضغوط التالية للصدمات في حياتهم خلال بعض الفترات[2]

وفي دراسة أقيمت على 62 شخص من أسرى الحرب العالمية الثانية من طـرف سايز وآخرون (**Ziess et al,1989**) وجد الباحثون أن 31 شخص مـنهم كـان مصـابا باضطراب الضغوط التالية للصدمة أثناء العام الأول بعد الإفراج عنهم، وأن أعراض هذا الاضطراب اختفت بعد حوالي 45 عام لدى 13 شخص منهم، في حين بقى 18 شـخص يبدي أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة، كما تشير الدراسة إلى أن شدة أعراض الاضطراب انخفضت مع الزمن لدى الكثير من المصدومين ولكن بقيت نسبة كبيرة تقدر بـ (29%) يعانون اضطراب الضغوط التالية للصدمة رغم مرور زمـن طويـل مـن الأحداث الصدمية التي تعرضوا لها (الاعتقال، التعذيب والأسر).[3]

وفي دراسة أجراهـا بريسـلو،دافيس ،أندرسـكيا، بـاتروس **(Berslau, Davis, Anderskia Peterson,1991)** قام الباحثون بمقابلة مقننة لعينة عشوائية مـن الراشـدين بلغت 1007 تنتمي إلى منظمة صحية في ديترويت (ميتشـجان)، حيـث أفـادت نتـائج الدراسة أن (93.1%) من العينة مروا بأحداث صدمية متباينة خلال مـا أنقضـى مـن أعمارهم وتراوحت تلك الأحداث بين الحوادث الجسمية والاعتداء الجسدي، ومشاهدة وفاة أفراد آخرين وأصابتهم إصابة جسمية أو أخبار الوفـاة الفجائيـة لصـديق أو قريـب أو الإصابة الجسمية للأقارب أو الاغتصاب أو الكوارث الطبيعية أو غيرها مـن الأحـداث الصدمية.[1]

وأشارت فران نوريس عام (**Norris,1992**) أن بعض الدراسـات توجهـت إلـى التعرف على نسبة انتشار الأحداث الصدمية، فقد أوردت الدراسة نتائج تتضـمن مقـدار شيوع الاضطرابات التالية للأحداث الصدمية **PTSD**، فكانت نسبة الشيوع بعد الكـوارث

---

(2)Hyer,L, woods, M,G, Boudewyns, P,A, (1991). PTSD and Alexithymia importance of emotional clarification in treatment in Psychotherapy, vol 28 N.01 129-139 P.129.

(3)ziess, R., & dickman, H, (1989), PTSD 40 year later: incidence and person-situation correlates in former pows journal of clinical psychology. 45, 80-87.

(1) Berslaw,N.; Davis; G.C.; Andereski, P.; & paterson. E.; (1991) traumatic Events and post traumatic stress disorder in an urban population of young adults. Archives of General Psychiatry 48, 216-222.

(4.6%) والذي قام بالدراسة هو روبين وآخرون **(Robins et al, 1986)** كما قام كولكـا وآخرون **(Kulka,et al 1986)** بدراسة شيوع **PTSD** عند المحاربين القدامى في الفيتنـام فوجد (82%) حالة **PTSD**[2].

كما بينت دراسة لـ شريفة بوعطة بمشاركة فريق البحث من الجمعية الجزائريـة للبحث في علم النفس عام 1999 والتي أجريت على مستوى منطقتين من ولاية الجزائر.

المنطقة الأولى: سيدي موسى وهي مدينة قريبة من منطقتي الرايس وبن طلحة أين وقعت مجازر جماعية عام 1997.

المنطقة الثانية: دالي إبراهيم القريبة من العاصمة وقدرت عينة الدراسة بـ 652 شخص، يتراوح عمرهم ما بين 18-70 سنة.

فكانت نتائج الدراسة، توضح أن اضطراب الضغوط التالية للصدمات أصيب بـه (37.4%) من العينة الكلية وكان مرتفعا عند سكان سيدي موسى عنه من سـكان دالـي إبراهيم (48.2%) مقابل (26.7%).

وفيما يخص ارتباط **PTSD** بالنوع، فكانت نتائج الدراسة تشـير إلـى أن نسـبة (43.8%) من النساء كانت تعاني من الاضطراب مقابل (32.1%) من الرجال.

وفيما يخص الإصابة بـ **PTSD** وعلاقته بالسن، فبينت الدراسة أن أكثر شـريحة مصابة هي الأشخاص الذين هم في سن 48 فما فوق حيث قدرت النسبة بـ ـ (53.9%) أما فئات السن الأخرى، فكانت النتائج كما يلي:

فئة 17-27 قدرت بـ (32.8%) من المصابين بـ **PTSD.**

فئة 28-34 قدرت بـ (42.8%) من المصابين بـ **PTSD.**

فئة 35-47 قدرت بـ (39.5%) من المصابين بـ **PTSD.**

أما عن العلاقة بين الإصابة بـ **PTSD** والحالة الاجتماعية فبينـت الدراسـة أن المطلقين والأرامل هم أكثر عرضة للإصابة، حيث قدرت نسبة الأرامل بـ (75%)أمـا المطلقين بـ (46.2%) أما المتزوجين قدرت بـ (34%) والعزاب بـ (37.2%).

---

(2) عن Norris حرر في عبد الخالق (2000)، أحمد مرجع سبق ذكره ، ص.46.

حيث بينت الدراسة أن العيش ضمن الأسرة ووجود شريك، وأولاد وأصدقاء، كل ذلك يمنح الأشخاص شبكة اجتماعية ومصدر لدعم اجتماعي.(1)

بعد عرضنا لبعض الدراسات التي اهتمت بمعدلات انتشار اضطراب الضغوط التالية للصدمة، لاحظنا أن هناك اختلافاً كبيرا بالنسبة لمعدلات الانتشار، وقد يرجع هذا الاختلاف في جانب منه إلى استخدام الباحثين لعينات مختلفة (المجتمع، عينات إكلينيكية...) زيادة على اختلاف المقاييس المستخدمة لتقدير كل من التعرض للصدمة وآثارها وتختلف أيضا حسب التعريف المسند للحدث الصدمي وطريقة المقابلة مع أفراد العينة.(2)

بناءا على ما سبق نلاحظ أن ليس كل شخص يتعرض لحدث صدمي أو صدمة يعاني أو يطور اضطراب الضغوط التالية لها. والسبب يتوقف على عوامل كثيرة منها:

1- نوع الحدث الصدمي نفسه.
2- حدة وشدة (الحدث الصدمي).
3- المكان الذي وقع فيه الحدث الصدمي.
4- الزمان الذي وقع فيه الحدث الصدمي.
5- السمات الشخصية للمصدوم.

وترى راشيل يهودا **(Rachel Yehuda,1999)** أن تشخيص اضطراب الضغوط التالية للصدمات يتوقف على عاملين أساسيين وهما:

1-العامل الموضوعي **Objective Factor.**

العامل الذاتي الشخصي **Subjective Factor.**

---

(1) Bouatta, CH, (2007). Les Traumatismes Collectifs En Algérie, Alger, casbah éditions p p-62-63.

(2) عبد الخالق أحمد (2000)، مرجع سبق ذكره، ص.107.

حيث يمكن تحديد طبيعة هذه الاضطرابات بناء على هذين العاملين وبالتالي يمكن تحديد التشخيص لاضطراب الضغوط التالية للصدمات عما إذا كان مبنيا على عوامل موضوعية أو أنه مبني على عوامل ذاتية شخصية.[1]

1- العوامل الموضوعية:

ترتبط العوامل الموضوعية بخصائص وسمات المواقف والأحداث الصدمية التي يتعرض لها الفرد من حيث نوعها وشدتها ومكانها وزمانها، وتتضمن العوامل الموضوعية تهديدات حقيقية بإنهاء حياة الإنسان المتسببة في قتله أو موته كما تتضمن فقدانا للأرواح البشرية التي يكون الفرد طرفا فيها وغيرها من المواقف والأحداث الصدمية الشديدة والعميقة والحادة التي يصاب بها الفرد أو يشاهدها أو يسمع عنها بدرجة أكبر من تعرض غيره لها على أن تكون مفاجئة وسريعة وخاطفة تشل تفكيره وتعطل حركته.

العوامل الذاتية الشخصية:

ترتبط العوامل الذاتية الشخصية بخصائص وسمات الفرد وعاداته وتقاليده واتجاهاته وقيمه وكل ما يتعلق بذاته هو وليس بذات غيره، وتتضمن هذه العوامل التي يمكن على أساسها تشخيص اضطراب الضغوط التالية للصدمات، عددا من السلبيات الحادة التي يمكن أن يتعرض لها الفرد مثل الخوف الشديد الذي يصل إلى حد الهلع الرعب العنيف الذي يتسبب في انزعاج قهري، الشعور بالإحباط المتكرر والمستمر الذي يؤدي إلى الإحساس بحالة من الاكتئاب المزمن الذي قد يدفع الفرد إلى الانتحار.[1]

ونحن نتحدث عن العوامل الموضوعية والعوامل الذاتية الشخصية في تشخيص اضطراب الضغوط التالية للصدمة، فكأننا نمهد لعرض ضمني لعوامل الخطر للإصابة بـ PTSD.

2) عوامل الخطر في تطوير اضطراب الضغوط التالية للصدمات PTSD :

---

[1] عن: Yehuda , Rachel 1999. حرر في ماهر عمر ، p. 5,مرجع سبق ذكره . 2007، ص.50..

[1] عرعار، سامية (2003)، تشخيص الاكتئاب الاستجابي والعصابي والتكفل النفسي بالمصابين من الراشدين، علاج معرفي سلوكي رسالة ماجستير كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية جامعة الجزائر (غير منشورة). ص. 53.

إن الخطر في تطوير اضطرابات نفسية صدمية بعد التعرض لأحـداث صـدمية يختلف حسب الحادث الصدمي والفرد وهذا تبعا لما يسـمى عوامـل الخطـر وعوامـل الحماية، حيث تشهد الدراسات الوبائية على أن ليس كل من تعرض لحدث صدمي يطور **PTSD** ولكن يكون ذلك حسب الحالات العمر الزمني، النوع،والاستعداد. ويشير براون: أندرويز وفالوين، وكسلر وآخرون **(Brown, Andrews Valentine, 2000 Kessler et al, 1999)**، أن شدة التعرض للأحداث الصدمية عامل خطر لتطويراضطراب الضـغوط التالية للصدمة مع عوامل أخرى تتمثل في انخفاض مستوى التعليم والأعـرض الطبيـة النفسية الموجودة من قبل عند الأفراد.[2] يمكن أن نجمل بعض عوامل الخطورة لتطـوير اضطراب الضغوط التالية للصدمة فيما يلي من خلال بعض الدراسات السابقة فـي هـذا المجال.

[2] Bonnie L, K reen , Mathew J, Friendman, Joop T.V. M de Jong susan D. Solomon, Terence M keane John A. Fair Bank Brigid Donelan, Ellenfrey Wonters (2003), Trauma intervention in war and peace prevention practice, and policy, New York, Kluwer Academic plenum publishers

2 ـ 1 السن ومستوى النمو:

أستنتج بينوز (**Pynoos,1988**) تبعا لدراسة حول زلزال في أمريكا شدة الأعراض الخاصة باضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية أنها لا ترتبط بالسن.[1]

كما تشير دراسة تايلور وفرازر (**Taylor & Frazer, 1982**) إلى أن عمال الإنقاذ الأكبر سنا أقل استجابة لـ **PTSD** من الأصغر سنا واستنتجا من ذلك ارتباط تلك النتيجة بحجـم التأهيل في تحديد القدرة على تجاوز الأزمة، كما أن اعتياد المناظر المؤزمة قـد يعطـي فرصة تحصينية أقوى للفرد.

في حين تناولت دراسة أخرى قام بها هانسن وآخـرون (**Hannson et al, 1982**) آثار الفيضانات المدمرة على منطقة الكارثة، وتوصلوا إلى أن الخبـرة المتكـررة مـع الفيضانات وكذلك التقدم في السن كانا من العوامل المشتركة فـي زيـادة حجـم التـأثر المرضى بحدوث الفيضانات وتوقع حدوثها.

وتعرضت دراسة أخرى لتحديد أي الأعمار تكون أكثر تأثرا بالأحداث الصـدمية وهي دراسة جليسر وآخرون (**Gleser et al.,1981**) فأشارت النتائج إلى أن أقصى قـدر من التأثر كان من نصيب الأفراد من العمر 25-54 سنة بينما كان التأثر قليل عند الأفراد دون سن 25 سنة وما فوق 54 سنة.

أما بالنسبة للأطفال وصغار السن من الشباب فقد أظهـرت الدراسـات تناقضـا واضحا في نتائجها، في حين أوضحت بعض النتائج تبايناً في أثر الأحداث الصدمية على الأطفال والمراهقين، بينت دراسة جيبس (**Gibbs,1938**) أن الاختلاف يعود إلـى تعـدد المقاييس النفسية التي تقيم الأثر النفسي أو تحديد موقع الاضطرابات.

كما أشارت دراسة نوريس (**Norris,1992**) إلى وجود فروق بين الفئات العمريـة المختلفة في إقرارهم بتعرضهم لأحداث صدمية حيث كانت أقل التكرارات مـن نصـيب الفئات العمرية العليا وقد أرجعت الباحثة ذلك إلى اعتبارات ترتبط بسرعة تكيفهم وقدرتهم على تجاوز الحدث الصدمي وأثاره.

---

[1]Pynoos, R.S, Tashylan, M. et al (1993): post traumatic stress reactions in Children after the 1988 Armenia, EARTH QUAKE, British, journal of psychiatry, 163, 239-247.

مما سبق نلاحظ أن نتائج الدراسات التي تناولت تأثير العمر الزمني في الاستجابة للحدث الصدمي تشير إلى اختلاف في تحديد ذلك الأثر حيث تتأثر استجابات الأفراد في مواجهة الأحداث الصدمية سواء كانوا صغارا أو كبارا. [1]

2 ـ 2 الجنس:

تشير نتائج العديد من الدراسات أن النساء أكثر تأثرا بالأحداث الصدمية من الرجال، ويظهرون بالتالي أكبر معدل من اضطراب الضغوط التالية للصدمة. [2]

في دراسة لـ سترومبفار **(Strumpfer,1970)** وجد أن النساء اللواتي نجون من إعصار أركانساه جنوب إفريقيا، كن أكثر استجابة لـ **PTSD** مقارنة بالرجال.

وفي دراسة لباتريك وباتريك **(Patick & Patrick, 1981)** والتي تناولت أثار إعصار سيرلانكا، أظهرت أنه رغم تشابه الأثر لدى الذكور والإناث في البداية، إلا أن عدد أكبر من الإناث أظهرن احتفاظا بالأثر على المدى البعيد.

ولكن الدراسات التي تناولت الفروق بين الجنسين فيما يختص بظهور الاضطرابات السيكوسوماتية أو السلوكية المتمثلة في إدمان الكحوليات والمسكرات وغيرها، فقد أشارت نتائجها إلى أن الفروق بين الجنسين كانت غير دالة.

حيث بين مايرز وآخرون **(Myres et al., 1984)** أنه كلما ازدادت المتغيرات التابعة لاضطراب الضغوط التالية للصدمات، وتعددت المقاييس المستخدمة في قياس تلك الآثار، ظهرت التناقضات في النتائج وتبادل الجنسان المراكز في الاستجابة بـ **PTSD** بنسبة كبيرة وهذا ما اتفقت معه كل من دراسات بنت **(Bennt, 1970)**، كؤان ومورفي **(Cowan & Murphy, 1985)** وجليسر وآخرون **(Gleser et al, 1981)** وفي دراسة لـ كروس **(Krause,1987)** التي أشارت أن الكهول من النساء كانوا أسرع من الكهول من الرجال في الشفاء من الاضطرابات النفسية التالية لكارثة إعصار ضرب البلاد، وأرجعت

---

[1] Taylor & Frazer, 1982, Hannson, 1982, Gleser, 1981, Gibbs 1989 , Nouris 1992.

محرر في عبد الخالق أحمد (2000)، مرجع سبق ذكره ص ص. 18-21

[2] Pynoos,R.S et al (1993):op.cit .p.239-247.

الدراسة هذا الاختلاف إلى أن النظام الاجتماعي السائد في البلاد يمنح ميزة للنساء على الرجال في الحصول على دعم اجتماعي أوفر.

وعلى مستوى العمر الزمني الأصغر، فإنه من الممكن أن توجد فروق بين الجنسين في رد الفعل اتجاه الأحداث الصدمية، وتقترح مارجريت جيبس **(Gibbs,1989)** أن آثار الأحداث الصدمية تأخذ مظاهر خارجية لدى الذكور في حين تأخذ أشكالا ذاتية داخلية لدى الإناث.

حيث أشارت نتائج دراسة لبروك وآخرون **(Burke et al., 1982)**، عن أحداث صدمية طبيعية تمثلت في فيضانات أدت إلى ارتفاع مستوى القلق لدى الذكور مقارنة بالإناث ولكن قام الباحثون بدراسة تتبعية أظهرت نتائج متناقضة، حيث أظهرت الإناث اضطرابات نفسية أكبر مع التقدم في السن. [1]

ويرى روبرت باينوس وكاثي نادر **(Pynoos & Nadir 1993)** أن الفروق بين الجنسين تؤثر في أنماط تقدير المواقف الصادمة، وأن الذكور قد يشعرون بأن الحدث الصدمي قد أو هن ذكورتهم ويندمجون في غضب نرجسي لتقوية موقفهم وتعظيم قدرتهم وتمثل الانتقام والتخطيط له، على حين تنتاب الفتيات المراهقات أحاسيس العجز الجسدي بل والخجل من رد العدوان وتسيطر عليهن مشاعر الرفض اتجاه هاجس الانتقام.[2]

كما تشير باينوس وتاشجلان وآخرون 1993 إلى أن الإناث أكثر استجابة لـ **PTSD** من الذكور إثر وقوع الأحداث الصدمية الطبيعية أثر دراستها لزلزال 1988.[3]

2 ـ 3 المستوى التعليمي:

في حين يرتبط مستوى التعليم بالعمر الزمني، فإن القدرات العقلية والمعرفية تنمو وتتطور على سلم الارتقاء في المستوى التعليمي، حيث يمكن لردود الأفعال الانفعالية

---

(1) عن: . Krause , 1987, Gibbs, 1989, Burke, 1982, Buake, 1986، محرر في عبد الخالق أحمد (2000) مرجع سبق ذكره ، ص.24.

(2) Pynoos , R.S & Nadir, K. (1993). Issues in the treatment of post traumatic stress in children and adolescents . in J.P. Wilson & B. Raphael (EDS). International hand book of traumatic stress syndrome (pp.125-144). New york : plenum series. P. 537.

(3) Pynoos R.S, Tashylan m.ET AL, (1993) OP.CIT., P.244.

والنفسية والسلوكية التابعة للأحداث الصدمية أن تتأثر بالمستوى المعرفي والتعليمي للفرد، حيث يشير فرانك أو كبرج **(Ochberg, 1993)** إلى أن معرفة الفـرد بأبعـاد الأحـداث الصدمية وما يجده لها من تفسيرات وكذلك معرفته بأبعادها الاجتماعية والقانونيـة، بـل وإدراكه لنشاط جسده تسهم في الاقتناع بالتشخيص وتنشأ الميل لطلب المساعدة النفسـية واختيار مسار التوافق السوي.[1]

وفي دراسة لـ ماك نالي وشين **(Mcnally & Shin, 1995)** أشارت إلى أن شـدة أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة مرتبطة بالفاعلية العقلية عند الفـرد والتـي تمنحه القدرة على مواجهة **PTSD**.

بينما يؤكد يول **(Yule,1994)** أن النتائج المدرسية السيئة بعد الأحـداث الصـدمية هي عامل خطر إضافي يمكن أن يعمل على تطوير اضطراب الضغوط التالية للصدمات.[2]

ومن المؤكد أن أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة تتمثـل فـي الـذهن (العقل) بصورة مخالفة بين الأفراد، وأن لكل فرد مستواه النمائي والتعليمي وأسلوبا خاصا في إدراك الصدمة وتشفيرها وتقدير الاستجابة لها، كما أن تنظيم الذاكرة والقـدرة علـى استعادة الحدث تختلف من شخص لأخر.[3]

2 ـ 4 المساندة الاجتماعية:

يمكن أن تلعب المساندة الاجتماعية دور عامـل الحمايـة، حيـث أن الاسـتجابة لاضطراب الضغوط التالية للصدمة تقل كلما كانت المساندة للمصدومين متوفرة. [4]

---

[1] عن: OCHBERG F.M. 1993, post traumatic therapy محرر في عبد الخالق أحمد، (2000)، مرجع سبق ذكره، ص.26.

[2] Nally, MC, R.J, shin, l (1995), association of intelligence with severity post traumatic stress disorder symptoms in Vietnam combat veterans, AM.J, psychiatry 1152, 6, 936-938.

[3] عبد الخالق ، أحمد (2000)، مرجع سبق ذكره ، ص.26.

[4] Galante, R, foa D. An Epidemiological of Psychic Trauma and Treatment effectiveness for children after a matural disaster, J.A M acad child adolesc . psychiatry . 1986, pp 25, 3, 357, 363.

ويشير موريس فيروري 1999 إلى أن احتمال تطوير اضطراب الضغوط التاليـة للصدمات نتيجة أحداث صدمية متوقف على ثلاث جوانب:

1- **الاستعداد:** والمتمثل في الاستعداد البيولوجي، النفسي والسيسوثقافي للفرد المتعرض للحدث الصدمي.

2- **خصائص الحدث الصدمي:** وتتمثل في شدة وفترة الحدث الصدمي.

3- محيط الفرد المتعرض للحدث الصدمي بعد الاستجابة للاضطرابات التالية للصدمات ويذهب أكثر من ذلك ليشير إلى عوامل الاستعداد الفردي للاستجابة لـ **PTSD** والمتمثلة في السوابق السيكاترية العائلية أو الشخصية، أو اضطراب الشخصية أو الصدمات أثنـاء الطفولة أو المستوى السوسيوثقافي المتدني، أو حوادث حياتية قبـل أو أثنـاء الأحـداث الصدمية.(1)

3) الصورة العيادية لاضطراب الضغوط التالية للصدمات PTSD:

بين الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات النفسـية فـي طبعتـه الرابعـة **(DSMIV,1994)** تناذرات عديدة واسمة لاضطراب الضغوط التاليـة للصـدمة، حيـث نستطيع أن نميز بين:

3 ـ 1 ردود الفعل الفورية:

بعد وقوع الحدث الصدمي مباشرة، فتتسم التمظهرات الأولى خلال 48 ساعة عقب الحدث الصدمي بوجود قلق حاد يتوافق مع الاضطرابات التي تدوم أكثر من يومين وأقل من شهر.

وتتمثل في الصورة العيادية المكونة للأعراض التالية :

- نوبة بكاء، أو فقدان الوعي الذي لا يتكرر عندما يزول الخطر.
- تعرق، نشاط حركي، خلط، تهيج.
- نسيان ربما العنوان، رقم الهاتف، بطاقة التعريف ....الخ.

(1) Fereri, M ET COL: (1999). les troubles anxieux paris ,op .cit. pp. 65-66.

3 ـ 2 ردود الفعل المؤجلة أو بعد الفورية:

تحل مرحلة الكمون، بعد ردود الأفعال الانفعالية الفورية، التي تختلف مدتها، حيث تدوم بعض الساعات أو الأيام غالبا وبعض الأشهر أو حتى سنوات نادراً.

تظهر أثناء هذه المرحلة أعراض نوعية تشـخص بـالقلق الحـاد إذا اسـتمرت الأعراض أكثر من شهر ونستطيع أن نتكلم عن اضطراب الضغوط التاليـة للصـدمات PTSD التصنيف الأمريكي أو عن العصاب الصدمي الذي يمثل التصنيف الفرنسي.

تناذرات PTSD أو متلازمة اضطراب الضغوط التالية للصدمة:

3 ـ 3 ـ 1 تناذر الإعادة أو تكرار الحدث أو المعاودة:

يظهر هذا التناذر على شكل كوابيس وإعادة معايشة الحدث، حيـث يقحـم الفـرد بذكريات في حالة يقظته كما يغمر بإعادة تكرار الحدث الصدمي، وتتطفل الذكريات على نشاطه النفسي وتبقى ذكرياته مثبة على ذلك الحدث الصدمي.

ومرتبطة ببعض المنبهات مثل كلمات، ضجيج وروائح التي قد تكون أدركت أثناء الصدمة.

يمكن أن تتعدد العوامل المفجرة التي تذكر الفرد بالحدث الصدمي فبقعة دم يمكنها أن تذكره بالصدمة، يمكن لصوت سيارة الإسعاف أو المطافئ أن تؤدي نفـس الوظيفـة، ويمكن أن يلعب الحدث التلفزيوني أو لقطة عنف في فيلم، أو بعض مواضـيع المحادثـة دور عامل مفجر لتذكر الصدمة. (أنظر النظرية السلوكية فـي تفسـير PTSD الفصـل الثالث).

3 ـ 3 ـ 2 الكوابيس:

يتقطع نوم المصدوم بالكوابيس التي يمكن أن تنتابه أكثر من مرة في ليلة واحـدة، يكون محتوى الكوابيس في بداية الأمر عبارة عن موقف حقيقي مسجل أثناء الصدمة ثـم يتطور نحو مواضيع الموت والعنف.

تتفجر الكوابيس وإعادة معايشة الحدث الصدمي من جديد القلق الأولي الذي خبـره الفرد أثناء الصدمة. حيث يكون ذلك القلق مصحوباً بأعراض جسدية مثل خفقان القلـب، دوران، ارتجافات، قئ، برودة.........الخ.

تتكرر في البداية الكوابيس ومعايشة الحدث الصدمي من جديد وتتعدد فـي اليـوم ولكن يمكن أن تزول لتعود مرة أخرى بعد مجال حر من الزمن (عدة سنوات).

3 ـ 3 ـ 3 اضطرابات القلق:

قد يظهر الأفراد المصدومين اضطراب الهلع الذي يكون مرتبط بإعـادة معايشـة الحدث الصدمي والكوابيس الخاصة بتناذر الإعادة. يمكن لذلك الاضـطراب (الهلـع) أن يفجر عن طريق أصوات غير منتظرة (رنين الهاتف، أو الباب، المنبه) والتي تخلـق رد فعل نسميه بالاستجابة الترويعية.

يعمل القلق المفجر من خلال كل ما يذكر بالحدث الصدمي علـى تكـوين سـير تجنبية، حيث تنتظم الحياة المادية والنفسية للمصدوم وفق تجنـب الأمـاكن، الأشـخاص والنشاطات والوضعيات التي بإمكانها أن تذكر بالحدث الصدمي.

غالباً ما يتجنب المصدوم كل ما يذكره بالعنف، مثل الأخبار المتلفـزة، عنـاوين الجرائد، الأفلام البوليسية......الخ.

3 ـ 3 ـ 4 القلق الدائم:

يظهر القلق الدائم على شكل تنبه زائد، حيث يحتمل الفرد الخطر في كل لحظة من محيطه.

يبلغ التنبه الزائد أقصى ذروته في الوضعيات التي تذكر بالحدث الصدمي، ويمكن أن يظهر التيقظ الزائد على شكل طقوس من: (التحقق في البيت، وخاصة في المساء قبل الذهاب إلى النوم، وقد تتجسد في غلق الأبواب، النوافذ، البحـث عـن وجـود شـخص غريب).

3 ـ 3 ـ 5 الحساسية:

يترجم التوتر العصبي للفرد بحساسية هامة، فأقل ملاحظة أو أصوات (الراديـو، التلفاز، صراخ، بكاء الرضيع....) تفجر غضب المصدوم.

3 ـ 3 ـ 6 الاضطرابات المعرفية:

يعاني الفرد في المجال المعرفي من صعوبات في التركيـز، واضـطرابات فـي الذاكرة، وقد يعاني من فقدان الكفاءة العقلية التي قد تظهر من خلال فقـدان أشـياء، أو نسيان مواعيد، أو نسيان غلق الباب بالمفتاح، أو نسيان أشياء على النار، أخطاء إملائية، أو عدم القدرة على إنجاز أعمال إدارية.

3 ـ 3 ـ7 اضطرابات جسدية وظيفية:

قد تكثر الأعراض الجسدية الوظيفية عند المصدوم، حيث نجده يشتكي من التعـب والتوتر العضلي المسئول عن الأوجاع الظهرية كما نلاحظ ارتفاع في ضغط الدم، تدهور حالة السكري، قرحة.........الخ.

3 ـ 3 ـ 8 اضطرابات النوم:

تكثر اضطرابات النوم بسبب التنبه الزائد والكوابيس (الأحلام المزعجـة) حيـث تترجم صعوبة النوم إلى إرادة البقاء في حالة اليقظة، يتسم المصدوم بقلق متكرر يقطـع نومه وغالبا لا يستطيع أن ينام إلا بمعية طفل، صديق أو حيوان آليف.

3 ـ 3 ـ 9 اضطرابات الهلع:

إن نوبات القلق المزمنة ناتجة من هاديات أو مؤشرات أو مثيرات تذكر بالحـدث الصدمي، وبعد ذلك يمكن لاضطراب القلق أن يتطور إلى اضطراب هلع يظهر على شكل نوبات مستمرة وتلقائية وبالموازاة يمكن أن يظهر الشـعور بـاللأمن الـذي قـد يكـون (مصدره) من نوبات الهلع والذي يمكن أن يلازم المصدوم حتى داخل بيته.

3 ـ 3 ـ 10 اضطرابات الغذاء والسير الأدمانية:

يمكن للقلق أن يؤدي إلى استهلاك مفرط للكحول أو المؤثرات النفسية (العقاقير) أو يؤدي إلى اضطراب السير الغذائية.(فقد الشهية أو الإفراط فيها).

3 ـ 3 ـ 11 التمظهرات الاكتئابية والانسحاب الاجتماعي:

يشعر الفرد المصدوم بالخبرة التي عاشها على أنها لا يمكن أن يخبرها الآخرين أو تصل إلى المحيط من خلال التحدث عنها أو أكثر من ذلك يشعر على أنه كان مهملاً أثناء الحدث الصدمي وفقد الحماية التي كان من الممكن أن يمنحها إياه المجتمع.

3 ـ 3 ـ 12 الخدر الوجداني:

قد يعيش المصدوم الأحداث السارة أو المؤلمة في حياتة بعيداً عـن النـاس كأنـه مفصولاً عنهم في جو من الخدر وعدم الإحساس وفقد المعالم المعتادة وأصبح المسـتقبل يبدو له غامضاً.

3 ـ 3 ـ 13 عدم استثمار النشاطات العائلية:

لا يستثمر الفرد المصدوم نشاطاته العائلية والاجتماعية والمهنية[1]

4) الأعراض الأساسية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة حسب المحكات التشخيصـية لـ (DSM IV,1994):

يعبر الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية عن الصدمة النفسية بـ **(PTSD)** وهذا الاضطراب يلخص في مجموعة أعراض مجتمعة فـي تنـاذرات علـى الأخصائي النفسي أن يبحث عنها عند مفحوصه لكي يخلص إلى أن هذا الأخير يعاني من اضطراب الضغوط التالية للصدمة **(PTSD)** [2]

المحكات التشخيصية لـ PTSD حسب (DSM IV,1994)

أ/ يكون الفرد قد تعرض لحادث صدمي، بحيث يوجد الشرطان التاليان :

---

[1] ferreri, M.; (1999), op.ciT, PP. 59-62.

[2] Bouatta,Ch; Les Traumatismes Collectifs, En Algerie, Alger, Casbah Editions P.44.

1- يكون الشخص قد جرب أو شهد أو واجه حادثا أو حوادث تتضمن الموت الفعلـي أو التهديد أو إصابة خطيرة أو تهديداً للتكامل العضوي للشخص والآخرين.

2- تتضمن استجابة الفرد خوفا عميقا أو عجزاً أو رعبًا.

ملاحظة: قد يعبر الأطفال بدلاً من ذلك بالسلوك غير المنظم أو التهيج.

ب/ يمكن استرجاع معايشة الحدث الصدمي بصورة متكررة وباستمرار بطريقة أو أكثـر من الطرق التالية :

1- استعادة الفرد للذكريات المؤلمة المتعلقة بالحـدث الصـدمي أو تكرارهـا واقتحامها لوعيه وتفكيره متضمنة صوراً ذهنية، وأفكاراً اجتراريـة، وإدراكـات حسية.

ملاحظة: قد يتم التعبير عن كل جوانب الصدمة أو عن بعضها من طرف الأطفـال فـي صورة ألعاب يمارسونها بصورة متكررة.

2- تكرار الأحلام المزعجة المرتبطة بالوقائع المؤلمة التي تضـمنها الحـدث الصدمي الذي تعرض له الفرد.

ملاحظة: قد يحدث لدى الأطفال أحلام مخيفة دون محتوى يمكن التعرف إليه.

3- يتصرف الشخص أو يشعر وكأنه يعيش الحدث الصـدمي مـرة أخـرى متضمنا مظاهر استجابته المرضية له مثل الخداعات الحسية الوهميـة الهـلاوس الذهانية، نوبات استرجاع مفككة لتفاصيل الحدث الصدمي الـذي تعـرض لـه، متضمنة تلك التي تحدث عند استيقاظه أو عندما يكون في حالة تسمم (سكر).

ملاحظة: في حالة صغار الأطفال قد يحدث إعادة تمثيل محدد للصدمة.

4- إحساس الفرد بكرب نفسي شديد عند تعرضه لمثيرات (هاديات) داخلية أو خارجية ترمز إلى الحدث الصدمي، أو تتمثل في أحد جوانبه أو تفاصيله.

5- إحساس الفرد بتفاعل فسيولوجي حاد عند تعرضـه لمثيـرات أو هاديـات داخلية أو خارجية ترمز لأحد جوانب الحدث الصدمي أو تشبهه.

ج/ رغبة الفرد في التجنب الدائم للمثيرات المرتبطة بالصدمة وإحساسه بالبلادة الحسـية التي تخدر الاستجابات العامة لأي مثيرات حوله (لم تكن موجودة قبل الصدمة). ويتمثـل ذلك في ثلاثة أو أكثر مما يلي :

1- يبذل الفرد مجهودات كبيرة لتجنب الأفكار والمشاعر والمحادثات المرتبطة كلها أو بعضها بالصدمة التي تعرض لها.

2- يبذل الفرد مجهودات كبيرة لتجنب الأنشطة والأماكن والناس التي تثيـر كلهـا أو بعضها ذكريات الصدمة التي تعرض لها.

3- عدم قدرة الفرد على استرجاع أو تذكر جانب مهم من جوانب الصدمة التي تعرض لها.

4- نقص ملحوظ في اهتمام الفرد بالأنشطة المهمة وعدم الاشتراك فيها.

5- إحساس الفرد بالانعزال والابتعاد عن الآخرين وإحساسه بالاغتراب وهو بينهم.

6- إحساس الفرد نفسه في مجال محصور محدود من المشاعر العاطفية حيث أنه غير قادر على التجاوب العاطفي مع الجنس الأخر، عدم القدرة على أن تكون لديـه مشـاعر الحب.

7- الإحساس بأن المستقبل لن يطول حيث لا يتوقع أن يكون له مسيرة مهنية ولا علاقة زوجية ولا إنجاب أولاد، ولا حتى امتداد حياتي عادي.

د/ يشعر الفرد بأعراض دائمة وبصورة متكررة تتضمن زيادة الاستثارة للاضـطرابات الانفعالية لم تكن موجودة قبل الصدمة ويمكن الإشارة إليها باثنين أو أكثر مما يأتي :

1- صعوبة البدء في النوم أو مواصلته واستمرار يته.

2- حدة الطبع وسهولة الإثارة والغضب.

3- صعوبة التركيز وتشتت الانتباه.

4- زيادة الحرص والاحتراس والتوجس

5- تعميم استجابة الترويع.

و/ تستمر هذه الاضطرابات للأعراض المذكورة في المحكات ب،ج،د أكثر مـن ثلاثـين يوما.

هـ/ تتسبب هذه الاضطرابات في دلالة إكلينيكية على وجود كرب عند الفرد وإعاقته عن الأداء الاجتماعي [1] والمهني وبعض المجالات الوظيفية الهامة الأخرى.

حدد إذا كانت:

- اضطرابات حادة : يعاني منها الفرد إذا استمرت أعراضها لمدة زمنية تقل عن ثلاثة أشهر متتالية.
- اضطرابات مزمنة: يعاني منها الفرد إذا استمرت أعراضها لمدة زمنية تبدأ من ثلاثة أشهر وتستمر بعدها.
- قد تبدو أعراض الاضطرابات في بداية متأخرة إذا كان بداية ظهورها بعد ستة أشهر على الأقل من تعرض الفرد للحدث للصدمي [2]

5) الأعراض الثانوية المصاحبة لاضطراب الضغوط التالية للصدمات:

لكي نتمكن من فهم وفحص ودراسة وتحليل الأعراض المرضـية الناتجـة عـن اضطراب الضغوط التالية للصدمات يجب على الأخصائي النفساني أو الممارس العيـادي أن يعرف ما يلي:

1- خبرات الفرد السيئة السابقة والمتشابهة مع خبراته السـيئة الناتجـة عـن الصدمات الحالية.
2- خصائص الفرد وسماته الشخصية
3- الخلفية المرجعية عن الأحداث الصدمية.
4- الخلفية التعليمية والثقافية.

---

[1] ماهر عمر، (2007)، مرجع سبق ذكره ص ص. 56- 60 .

[2] عبد الخالق أحمد (2000) مرجع سبق ذكره ص ص. 139- 143.

5- نوعية وكثافة المساعدات الاجتماعية والإرشادية والعلاجية التي تلقاها أثناء وبعد تعرضه للأحداث الصدمية.

وترتبط أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة بردود فعل مرضـية أو ردود فعل مضطربة أو ردود فعل غير متوافقة انفعاليا وسلوكيا وعضويا واجتماعيـا وقيميـاً وسوف نتعرض لها فيما يلي:

I- **سوء التوافق الانفعالي Emotional Maladjustment :**

1- **الإحساس بالتفاهة Sense of Pointlessness :** يتصف الفرد الذي يتعرض لصدمة حادة بالإحساس بالتفاهة وبرودة الأعصاب وعدم المبالاة وفقدان الرغبة في عمل أي شيء سواء كان مفيداً أو غير مفيد.

2- **ازدياد القلـق والاكتئـاب Increased Anxicty and Depression** : فـي دراسة لـ بوعطة وفريقها من **SARP** والتي تضمنت انتشار **PTSD** عند سـكان سيدى موسى ودالي إبراهيم، إثر المجازر التي حدثت عام 1997 فوجدت أن هؤلاء السكان يعانون زيادة على **PTSD** القلق بنسبة (37.3%) حيث أشارت الدراسة إلى أن سكان سيدي موسى يعانون من القلق أكثر بـ (42%) مقابل (33%) من سـكان دالي إبراهيم.

والاكتئاب بنسبة 16% عند سكان دالي إبراهيم أما سكان سيدي موسى فكانت نسبة الاكتئاب تقدر بـ 28% [1].

كما وجد هرويتز **(Horowitz,1980)** أن هناك أكثر من 70% من الجنود المقاتلين في فيتنام من الاكتئاب وما يفوق 75% منهم يعانون كذلك من الخوف والقلـق والتـوتر العصـبي وخفقان القلب والتعرق الشديد والهلع[2]

وهكذا يبدو أن الاكتئاب والقلق مما سمتان ملازمة للناجين مـن الحـروب والكـوارث ومعسكرات الاعتقال (الأحداث الصدمية بمختاف مصادرها).

3- مشاعر سلبية متداخلة ومتعددة، Multi Inter Ferential Negative Feelings

وتتكون المشاعر السلبية من خليط متداخل متفاعل بين الغضب واللوم والأسف والـذنب والخجل، وأكثرها شيوعا هي حالات الغضب عند الذي يعاني من **(PTSD)** على اعتبار أنهـا رد فعل طبيعي تلقائي عضوي موجه ضد أي فرد حتى لذاته.

4- المخاوف المرضية: Suffering of Phobias

---

(1) Boutta, CH.; (2007). op. Cit. PP. 64-65.

(2) غسان يعقوب (1999) سيكولوجيا الحروب والكوارث ودور العلاج النفسي ('اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة) بيروت، لبنان، دار الفرابي، ص.58.

يعاني الفرد الذي تعرض لصدمة حادة في خلاء عام من الخوف للذهاب إلى ذلك الخلاء، لذلك فإن الشخص الذي يعاني من صدمات حادة يحاول باستمرار أن يبتعد عـن الأماكن التي تذكره بها أو الشبيهة لها، ولا يقترب منها، خوفا من تعرضه لتلك الصدمات الحادة مرة أخرى، وهذه المخاوف المزمنة تسمى بالمخاوف المرضية من أماكن وأشـياء لا يخاف منها الشخص العادي السليم مثل الخوف من المرتفعات، الخوف من الحيوانـات الأليفة، الخوف من الازدحام، وهذه المخاوف المرضية تسهم إسهامات كبيرة في استرجاع واستعادة الأحداث المؤلمة وذكرياتها الناتجة عن الصدمات المحزنة التي يتعـرض لهـا الفرد، لذلك فهو يحاول أن يتجنب كل ما يمكن أن يذكره بأحداث الماضي المؤلمة الناتجة عن الصدمات القاسية التي تعرض لها.

5- الإحساس بالعزلة والوحدة. Sense of Isolation and Loneliness

غالبا ما ينعزل الفرد بنفسه بعيداً عن أية جماعة بعد ما يتعرض لصـدمة حـادة، ولكن الفروق الفردية في سمات الشخصية بين الأفراد تلعب دوراً أساسيا في استجابة كل منهم للصدمات الشديدة، ولعل انسحاب الفرد بعيداً عن الناس واعتزاله وحيدا مـع نفسـه يكون مرتبطا بمعاناته من المشاعر السلبية المتداخلة والمتعددة التي سبقت الإشارة إليها.

6- الأحلام المزعجة واضطرابات النوم:Nightmares and Sleep Disturbances

حسب مدرسة التحليل النفسي، تنعكس الذكريات المؤلمة والأحداث السـيئة التـي تعرض لها الفرد في صورة أحلام مزعجة متكررة مما يجعله يعاني منها ومن نتائجهـا التي تتسبب في الأرق المستمر واضطرابات النوم المزمنة، وتتسـرب هـذه الـذكريات المؤلمة والأحداث السيئة التي يختزنها الفرد ويخبئها في اللاشعور عنـده إلـى منطقـة الشعور في عقله فتظهر في صور ورموز أحلامية مزعجة متعارف عليها سيكولوجيا من المشتغلين بالتحليل النفسي وتفسير رموز الأحـلام، وتسـمي هـذه الأحـلام المزعجـة بالكوابيس عند عامة الناس والتي قد يجهلون أسبابها. ما لم تفسر مـن قبـل المعـالجين النفسين التحليليين.

7- الاحتراس أو التنبه الزائد Hyper Vigilance

بعد ما يتعرض الفرد لصدمة حادة قد يصبح شديد الحرص في تعامله مـع نفسـه وتعامله مع الآخرين، قد يرتقي حرصه إلى درجة الوسواس القهري.

II. سوء التوافق السلوكي Behavioral Mal Adjustment:

1- اضطرابات النوم: Sleep disturbances

تعد اضطرابات النوم والأحلام المزعجة شكلاً من أشـكال اسـترجاع الخبـرات المؤلمة والذكريات التعيسة المختزنة في اللاشعور في عقل الفرد الذي تعرض لصـدمات حادة. يمكن أن تكون اضطرابات النوم على شكل أرق مستمر أو على العكس فقد يعـاني الفرد من الاستغراق في النوم واستمراره لفترات طويلة، ويمكن أن يرجع ذلك لخلل فـي وظائف المخ كرد فعل عضوي طبيعي للتعرض للصدمة أو قد يكون خللاً في الوظـائف النفسية التي تستسلم للهروب من مواجهة الواقع.

2- ممارسة استرجاع الأحداث: Practicing flashbacks

قد يعيش الفرد في أدق تفاصيل الأحداث الصدمية وقد تستمر حالة الاسترجاع هذه عدة دقائق وقد تمتد إلى ساعات حسب إحساسه بها ومعاناتـه منهـا. ويصـاحب حالـة الاسترجاع اضطرابات فسيولوجية تلقائية مثل إفراز كميات كبيرة من العـرق، ارتفـاع وجفاف الحلق والفم.

3- عدم القدرة على اتخاذ القرار: Inability to make decisions

يرتبط عدم القدرة على اتخاذ القرار بعدم القدرة على التركيز التي يعاني منها الفرد الذي تعرض لصدمات شديدة حيث يرفض تحمل المسئولية في أي نشاط يقوم به في حياته العادية اليومية، ويعجز على اتخاذ القرارات البسيطة هذا العجـز يمتـد ليشـمل أغلـب القرارات الهامة في حياته حيث يتركها لغيره سواء كان قراره الخاص بهـا صـوابا أو خطأ.

4- العدوانية والعنف Aggression and violence

قد يلجأ الفرد الذي تعرض لأحداث صعبة إلى سلوكات عدوانيـة وإلـى العنـف كممارسة عامة في حياته العادية اليومية.

وتتخذ هذه العدوانية أشكالاً لفظية وأشكالاً غير لفظية بالضرب واسـتخدام بعـض الآلات التي تدمي وقد تميت، كما أنه يلجأ إلى سلوكات العنف والعدوانية ضـد الأشـياء وليس فقط الأشخاص، فلا يسلم شخص ما، ولا شيء ما من عنفه وعدوانيته بالإضافة إلى أي شخص أو أي شيء يذكره بالأحداث الصدمية التي قد تعرض لها.

5- إهمال المظهر الشخصي: Neglect of Appearance

عادة ما نجد الفرد الذي تعرض لصدمات حادة وقاسية مهملاً في مظهره الخارجي وقد تتباعد فترات استخدامه للنظافة، وقد تطول مما يتسبب في انبعاث رائحة كريهة نابعة من جميع أجزاء جسمه، هذا يعني أنه لا يدري عن أمر نفسه شيئا بما هي عليه من إهمال وعدم عناية. [1]

III. سوء التوافق العضوي Physical Mal adjustment

1- أمراض نفس جسمية Psychosomatic

يعاني الفرد الذي تعرض لصدمات قاسية من عدد مختلف من الأمراض العضوية التي ليس لها أساس فسيولوجي ولكنها تكون نتيجة لردود فعل نفسية، حيث يشعر الفـرد بأعراض مرضية عضوية غير محددة الأسباب مثل الصداع الكلي الصداع النصفي ،ألام معدية معوية، وآلام في الصدر والجهاز التنفسي أو ارتفاع ضغط الـدم، وعـدم انتظـام النبض وضربات القلب أو شلل ولا يستطيع هذا الفرد في كل مرة أن يجد لها أي سـبب عضوي. [2]

وقد تبين أن الناجيين من التعذيب ومعسكرات الاعتقال يعانون من أعراض جسدية مختلفة تتمثل في :

- ألام في المفاصل
- الصداع والدوار
- قرحة المعدة والغثيان

---

[1] ماهر عمر(2007)، مرجع سبق ذكره ، ص ص.69 – 70.

[2] Godefroid, Jo.; (1991). Psychologie: sciences humaines .ET. Sciences cognitive .op .cit. p. 698.

- التهاب القولون
- ألام في الظهر والكتفين
- مشاكل في الرئتين والقلب
- ألام في الصدر والشعور بوجود كتلة في البلعوم وكأنها تؤدي إلى الاختناق. [1]

2- تأثيرات جنسية

قد يفقد المصدوم الرغبة في ممارساته الجنسية، فيشعر بتعب وإجهاد عند أية محاولة لممارسة الجنس وقد يؤدي هذا إلى سوء توافق جنسي قد يتسبب في خلافات حادة بين الزوجين مما يؤدي إلى انفصالهما.

أو قد يؤدي إلي النقيض من ذلك، أي زيادة في طاقته الجنسية.

IV. سوء التوافق الاجتماعي

1- تأثيرات أسرية: Family Effects

قد يعاني المصدوم من اضطرابات علاقاته الزوجية الأسرية، وقد تتجسد في إهمال واجباته الزوجية نحو زوجته وإهمال واجباته الأسرية نحو أطفاله ونحو والديه وأقاربه. حيث يحدث تغيير في شخصية المصدوم قد يترافق بتغييرات سلبية في موافق أفراد الأسرة التي يعيش فيها. إن الناجين من الكوارث والصدمات يتعرضون لتغييرات سلبية في السلوك والشخصية وتتمثل هذه التغييرات في :

- فقدان الاهتمام بمن حولهم
- عدم الثقة بالآخرين والاحتراز الشديد
- الشعور بالاضطهاد والملاحقة
- التطرف في المواقف والآراء

(1) غسان يعقوب (1999)، مرجع سبق ذكره، ص .59.

- اتخاذ الموقف الدفاعي الهجومي
- الصور السلبية للذات...

وموازاة مع هذا، فإن عائلات المصدومين تتصف ببعض المواقف السلبية التـي لا تساعد على استعادة التكيف ومنها :

- نظرة الأهل والمحيط إلى صاحب المشكلة على انه مريض عقلي
- تجنب المصدوم بسبب غضبه وعدوانيته
- الحكم عليه بالفشل لأنه ينغلق على نفسه وتتسم علاقاته بالسوء مع أطفالـه وزوجته وأقاربه
- شعور أفراد عائلة المصدوم بالإحباط وعدم القدرة على التعامل معه والقيام بأي شيء ايجابي لحل المشكلة. [1]

2- تأثيرات على العلاقات الاجتماعية: Effects on social relationships

إن التأثيرات السلبية الانفعالية والعضوية والسلوكية على الفرد المصدوم قد تـؤثر عليه بشكل مباشر في علاقاته الاجتماعية مع غيره من المحيطين به يـؤدي ذلـك إلـى مشكلات شخصية وخلافات ثنائية وجماعية بينه وبين بعضهم، وكنتيجة لذلك قد يصـبح المصدوم وحيدا مكروها منبوذا في عمله ومنطقة سكنه.

---

[1] [1] غسان يعقوب (1999)، المرجع السابق ، ص,ص.60-61

V. سوء التوافق القيمي Value mal adjustment:

قد يتعرض الفرد الذي عانى من **(PTSD)** خلل في نظام القيم الذي كان يؤمن بـه ويسير عليه في حياته العادية اليومية قبل الصدمة النفسية. مما يجعله يتركها ويعمل بمـا هو عكسها أو مخالفا لها. لذلك نجده يلجأ إلى إدمان الخمور والمخدرات بطريقة زائدة. [1]

6) تقدير اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية (PTSD)

يأخذ تقدير اضطراب الضغوط التالية للصدمة أساليب وأدوات مختلفة شأنه شـأن الاضطرابات النفسية الأخرى، إلا إن اضطراب الضغوط التالية للصدمة **(PTSD)** تتشابك أعراضه مع فئات تشخيصية أخرى، لذلك فإن عملية تشخيص هذه الفئة من الاضطرابات لا تحتاج فقط وصفاً للأعراض [2] ولكنها يجب أن تتضمن تقويما لطبيعة الخبرة الصدمية، والتاريخ المرضي السابق والاستعداد الشخصي لدى الفرد ودرجة استهدافه للاضطراب.

تحددت أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة رسميا في الدليل التشخيصـي والإحصائي الثالـث للاضـطرابات النفسـية **(DSM-III,1980), (DSM-III R, 1987), (DSM IV, 1994), (DSM-IV TR, 2000)** وأسهم ذلك التحديد بقدر كبير فـي تطـور أدوات القياس وتطبيقها، وإجراءات التقويم العيادي، لتميز اضـطرابات أخـرى تحقيقـا لأهداف التشخيص الفارق زيادة على التحقيق من كفاءة تلك الأدوات ذاتها.[3]

إن التقدير الدقيق للأفراد الذين يعانون اضطراب الضغوط التالية للصـدمة ركـن أساسي، وشرط ضروري لأي إستراتيجية علاجية ناجحة. ذلك أن التقدير الـدقيق يـوفر المعلومات التي تعتمد عليها عمليات اتخاذ القرارات عن مستقبل الحالة، بعبارة أخـرى تحديد الخطة العلاجية للحالة ولقد تأكد من نتائج البحوث العياديـة وخبـرات الممارسـة العلاجية وخاصة التعامل مع الصدمات وأثارها القريبة والبعيدة المدى، تلك العلاقة ما بين عملية التقدير والتشخيص وعملية العلاج والتي تكون في تفاعل وظيفي يكمن وراء فاعلية

---

(1) ماهر عمر , مرجع سبق ذكره ، ص ص.62-72.

(2) الرشيدي ، بشير ، منصور طلعت ، النابلسي محمد، الخلفي إبراهيم ، الناصر فهد ، بورسلي بدر ، القشعان ، محمود (2001) : سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية ، اضطراب الضغوط التالية للصدمة (العلاج)، مجلد 2 ، الكويت ، الديوان الأميري ، مكتب الإنماء الاجتماعي ص.22.

(3) المرجع السابق (2001) ، المجلد 2، ص.23.

العلاج في التعامل مع اضطراب الضغوط التالية للصدمة ويتجسد ذلـك فـي المنهجيـة العيادية المعروفة بـ المنحي التشخيصي العلاجي، الذي يهدف إلى " تحديد جوانب القـوة والضعف عند الفرد، ثم بناء على هذه المعطيات التشخيصية، يتم تصميم الخطط والبرامج والطرق الإرشادية أو العلاجية أو التربوية أو الـتأهلية، وانطلاقا منها كذلك يجري تقويم فعالية البرنامج العلاجي قياساً إلى درجة التحسن عند الشخص .

يتضمن هذا المنحى (التشخيصي العلاجـي) طـرق المقابلـة العياديـة المقننـة والمقاييس النفسية والطرق النفسية الفسيولوجية.

وسوف نعرض كل منها فيما يلي :

6-1 المقابلة العيادية المقننة :

بعدما عرفنا أن الاتجاه المعروف اليوم في تقدير اضـطراب الضـغوط التاليـة للصدمة يتبنى توجها متعدد الأبعاد في مداه ومتعدد النماذج في تطبيقه أما الأول فيـذهب إلى تقدير الفرد وفقا لمدى واسع من الوظائف النفسية التي تشتمل على الجوانب الإنمائية والاجتماعية والأسرية والتعليمية والمهنية والطبية، والمعرفية والسلوكية والانفعالية بينمـا الثاني (التقدير متعدد النماذج) يشير إلى ذلك المنحى في القيـاس الـذي يـدمج بـين المعطيات المستمدة من الأدوات والأساليب المختلفة المتضمنة المقابلات العيادية المقننـة، المقاييس السيكومترية وطرق ملاحظة السلوك وطرق التقويم الفسيولوجي.[1]

وتعني طريقة المقابلة العيادية المقننة، عملية المقابلة وإجراءتها التي تأخـذ شـكلا منظما يتضمن قواعد منطقية تحكم مضمون الأسئلة التي يوجهها الاختصاصي العيـادي القائم بالمقابلة وتصميم طرق المقابلة العيادية المقننة ليقوم بها أفراد مـدربون ذو خبـرة عيادية لذلك فهي تختلف عن قوائم المقابلة التشخيصية الأخرى التي لا تتطلب بالضرورة أن يكون الشخص القائم بالمقابلة قد تكون فيها.

[1] المرجع السابق ، (2001)، مجلد 2، ص26.

وقد طور بعض الباحثين أدوات مختلفة لهذا الغرض "مثل : قائمة ضغوط الحرب **Warstress Inventory**، وهي طريقة للمقابلة تتكون من أسئلة موجهة للمحاربين القدامى لتقدير توظيفهم لإمكاناتهم في مجالات كثيرة بطريقة منظمة.[1]

6-1-1 المقابلة المقننة لـ SI-PTSD:

كما طور ديفيدسون وسميث وكـودلر **(Davidson, Smith, Kudler, 1989)** أداة تعرف بالمقابلة المقننة لاضطراب الضغوط التالية للصدمة **Structured Interview** For **PTSD** وتركز هذه الأداة على تشخيص اضطراب الضغوط التالية للصدمة وكذلك تسمح بجمع معطيات عن شدة الأعراض.[2]

6-1-2 المقابلة التشخيصية الدولية المجمعة Composite International Diagnostic Interview(Cidi).

أعدت هذه المقابلة من طرف اشتراك أثنا عشر باحث، وهذا بتكليف من منظمـة الصحة العالمية بالتعاون مع إدارة الكحوليات وسوء استخدام العقاقير والصـحة النفسـية بالولايات المتحدة الأمريكية، صممت هذه الأداة بطريقة تسمح بسهوله استخدامها وبحساب درجاتها عن طريق الحاسب الآلي ووجهت إلى أن تكون قابلة للتطبيق علـى المسـتوى الدولي في ثقافات مختلفة.[3]

6-1-3 المقابلة العيادية المقننة عن طريق استخدام الدليل التشخيصي والإحصائي :

قامت الجمعية الأمريكية للطب النفسي بإعداد دليل علمي عـن المقابلـة العياديـة باستخدام الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل والرابع والـذي نشـرت الطبعـة الأولى منه عام 1987 والطبعة الثانية عام 1994 وتختلف هذه الطريقـة عـن الطـرق الأخرى الخاصة بالمقابلة المقننة ،في أنها تعطي فئات تشخيصية أكثر مـن مجـرد فئـة اضطراب الضغوط التالية للصدمة ومن فئة اضطرابات القلق، حيث يفيـد هـذا التوجـه

---

(1) Rosenheck, R.;& Fontana.; A.; (1989). the war stress inventory west haven, cTt: veterans administration northe ast program evaluation center.

(2) Davidson,J,Smith,R. Kudler.H(1989):Validity And Reliability Of The DSMIII criteria For Posttraumatic Stress Disorder: Experience With A Structured Interview,Journal Of Nervous And Mental Disease,177,336-341

(3). الرشيدي بشير وآخرون مجلد 2، (2001). مرجع سبق ذكره ،ص .31.

الشمولي إلى جمع معلومات كذلك عن الحـالات المرضـية المصـاحبة **Comorbidity** والأعراض الأخرى المتلازمة الحدوث عقب التعرض للضغوط الصدمية.

واعتباراً لهذا التعدد في طرق المقابلة الاكلينكية المقننة، فإن المقابلة المقننة تسـتند بشكل مباشر إلى الأعراض الأولية والثانوية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة، أما عن أسلوب تطبيقها فالقائم بالمقابلة يوجه أسئلة تغطي كـل جانـب مـن جوانـب أعـراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة، مع تحديد طبيعة تلك الأعراض ومضمونها وتكرارها وشدتها وتعاقبها، وكذلك تقديم أوصاف مختصرة لها.[1]

ويؤكد باترسون **(Peterson,1993)** أن المقابلة العيادية المقننة يجـب أن تتضـمن الجوانب التالية :

1. طبيعة التعرض للخبرة الصدمية ودرجته.
2. نوعية الحدث الصدمي الذي يطور أعراض الضغوط التالية للصدمة.
3. أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة .
4. الأعراض المصاحبة .
5. التكيف السابق (الأداء المدرسي) الحيـاة الاجتماعيـة، والحيـاة الأسـرية والتاريخ العائلي للاضطرابات النفسية.[2]

وهناك عدة إجراءات ينبغي على الاختصاص العيادي أن يراعيها عند اسـتخدامه لطرق المقابلة العيادية المقننة عند تعامله مع حالة اضطراب الضغوط التاليـة للصـدمة وحصوله على المعلومات اللازمة، ويتمثل هذا فيما يلي :

---

[1] الرشيدي بشير وآخرون مجلد 2، (2001). مرجع سبق ذكره ،ص.29.

[2] Peterson,K.C,porut,M.F&schwarz,R.A..(1993):posttraumatic stress dissorder : Aclinician Guide New York : plenum press,p.110.

I. وصف تاريخ حياة الحالة قبل وبعد الصدمة.

- قد تظهر بعض حالات اضطراب (PTSD) تاريخ سابق لمستويات مرتفعة من الضغوط فقد تبين أن بعض حالات اضطراب الضغوط التالية للصدمة تعرضت لأحداث صدمية متعددة في حياتها .

- ما خصائص البيئة الأسرية هل يوجد تاريخ سابق في الآسرة لحالات من الاضطرابات النفسية ؟

- هل يوجد تاريخ سابق من المعوقات الاجتماعية أو المهنية؟
- هل يوجد تاريخ سابق من إدمان المؤثرات النفسية أو المخدرات؟
- هل يوجد تاريخ سابق من إصابات الدماغ ؟

II. تقدير العوامل المعرفية :

قد يدرك الشخص ذو اضطراب الضغوط التالية للصدمة بيئته ويفسرها بطريقة خاطئة أو مشوهة، وهذا راجع لأنه ينتقي المنبهات الباعثة على التهديد، وهذا بدوره يعمل كهادي يحي الذكريات المروعة للحدث الصدمي وينشطه ويسترجعه، ولهذا يأخذ تفكيره نمط إجبار التكرار والقسرية وغير ذلك من آليات التفكير الاقتحامي لديه وفي ذلك يمكن أن يفيد الاختصاصي العيادي في تقدير العوامل المعرفية ودورها في التوافق التالي للصدمة، من الموجهات التالية :

1. الكفاءات البنائية **Construction Competencies**: وتتضمن القاعدة العامة من المعلومات لدى الفرد وقدراته على حل المشكلات.

2. الاستراتيجيات الترميزية : **Encoding Strategies**

وهي الكيفية التي يتم بها تقدير المواقف الضاغطة .

3. التوقعات: **Expectations**: وتتضمن أحكام الفرد المتعلقة بثقته الذاتية في مواقف الخطر الزائد .

4. القيم والتفضيلات **Values And Preferences**

5. أنظمة وخطط التنظيم الذاتي : **Self-Regulatory**: مثل أسلوب المواجهة، القـدرة على التحكم في عوامل الاستثارة، العبارات الواصفة للذات.

ويمكن الاستفادة من هذه الموجهات في العلاج المعرفي لاضطراب الضغوط التالية للصدمة.

III. تقدير الحالات المرضية المصاحبة :

تحدد أفروديت متساكيس (**Matsakis,1994**) عدة طرق قد يتداخل فيها اضـطراب الضغوط التالية للصدمة مع تشخيص اضطراب الشخصية وهي :

1) قد يسبق اضطراب الشخصية اضطراب الضغوط التالية للصدمة، أو قد يوجد معه سابقاً للصدمة.

2) قد يكون اضطراب الشخصية سابقاً للصدمة، وبذلك يمكن أن يكون بمثابة استعداد سابق للاصابة باضطراب الضغوط التالية للصدمة، حيث يرجع هـذا الاسـتعداد إلـى المهارات غير الملائمة للتعامل مع الضغوط ومواجهتها .

3) قد يوجد استعداد كامن لدى الفرد لاضطراب الشخصية تفجره الصدمة في شـكل اضطراب ظاهر.

4) قد يتخفى اضطراب الضغوط التالية للصدمة في شكل اضطراب الشخصية، ويبدو ذلك عندما يكون اضطراب الضغوط التالية للصدمة مزمنا.

5) قد يتسبب اضطراب الضغوط التالية للصدمة في تطور اضطراب الشخصية بسبب نقص العلاج أو عدم فعاليته.[1]

كما تشير البحوث الوبائية والاكلينكية إلى أن اضطراب الضغوط التالية للصـدمة يتوقع حدوثه مع اضطرابات أخرى، يمكن تقديرها في تشخيص الاضطرابات النفسية وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (**DSM IV,1994**) وذلك بمـا يتـراوح بـين (60 و100%) من الحالات وتتمثل هذه الحالات المرضية المصاحبة لاضـطراب الضـغوط

---

[1] Matsakis,A.(1994).posttraumatic stress disorder op .cit,.p.88.

التالية للصدمة خاصة في إدمان العقاقير والمخدرات، اضـطراب الاكتئـاب الأساسـي، اضطراب القلق العام واضطراب الهلع.[1]

IV. تقويم العوامل الثقافية والدينية :

يركز منحنى النظم في علم الصدمات على تناول الصـدمة ومـا يترتـب عنهـا باعتبارها منظومة كلية تتفاعل في نسقها عدة منظومات فرعية تشمل الأفراد والجماعات والمجتمع والثقافة حيث ينبغي على الاختصاصي العيادي أن يولي أهمية كبيـرة للخلفيـة الثقافية للأشخاص موضع الهدف باعتبارها متغير مهم في عمليات وإجـراءات القيـاس والتقويم ومصدر رئيسي للاستراتيجيات العلاجية[2].

IV. تقدير حاجات الآخرين المعنيين :

غالبا ما تنتشر في الآسر، ولدى الأزواج، والأبناء، اضطرابات ترتبط بما تعرض له أحد أو بعض أعضاء الآسرة من أحداث صدمية، لذا فمن الأهمية تضمين هؤلاء فـي تقدير حالات اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

6ـ2 المقاييس السيكومترية

تفيد المقاييس السيكومترية في ميدان الصدمات النفسية في جمع معطيـات صـادقة وثابتة عن أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة ولا تعطـي تشـخيص حقيقـي لاضطراب الضغوط التالية للصدمة حيث يبين كين وولف **(Keane & Wolfe,1987)** أن التطور السيكومترى لمقاييس اضطراب الضغوط التالية للصدمة لم يحقق مستوى يقتـرب مما أحرزه التقدم الإكلينكي في تشخيص هذا الاضطراب. ذلك أن معظـم اهتمـام هـذه المقاييس في الغالب موجه إلى التحقق من الشروط السيكومترية لتلك الأدوات أكثر ممـا هو موجه إلى الوصف الاكلينكي لتلك الظاهرة. [3]

---

(1) الرشيدي بشير ، مجلد 2 ، (2001) ، مرجع سبق ذكره، ص.34.

(2) المرجع السابق ، ص.36.

(3) Keane, T. M.; Wolfe, J. & Taylor, K .C. (1987). post traumatic stress : evidence for diagnostic validity and methods of psychological assessment. journal of clinical psychology , 43, 32-43.

شهدت مرحلة الثمانينات جهودا كبيرة في بنـاء أدوات تقـيس الأنمـاط المحـددة لأعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة (PTSD) وقد أسـهم الـدليل التشخيصـي والإحصائي الثالث (DSM–III, 1980) بإقراره فئة اضطراب الضغوط التالية للصـدمة ومحاكاتها التشخيصية إسهاماً كبيراً في إعداد مقاييس مختلفة، وسوف نعـرض بعـض المقاييس في هذا الشأن :

6 ـ 2 ـ 1 قوائم التقرير الذاتي لأعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة :

وتعتبر هذه القوائم بمثابة النماذج المبكرة الأولى للمقاييس السـيكومترية لاضـطراب الضغوط التالية للصدمة، وتتمثل تلك النماذج في القوائم **Checlists** أو مقاييس التقريـر الذاتي التالية :

6 ـ 2 ـ2 : اسـتبيان المحـاربين القـدامى فـي فيتنـام (Vietnam Veteran's Quetionnaire) ويرمز له بـ V.V.Q من إعداد فيجيل **(Figely,1978) .**

6 ـ 2 ـ **3 قائمة الضغوط السائدة في حقبـة حـرب فيتنـام Vietnam Era stress Inventory** من إعداد ولسن وكراوس **(Wilson & Krauss, 1981)** ويرمز لـه بـ ـ **(VESI)**

6 ـ 2 ـ 4 **مقاييس أثار حرب فيتنام أو مقاييس ميراث حـرب فيتنـام legacies of vitnam scales (LV)** من إعداد ايجندورف وآخرين **(Egendorf et al,1981)**

وقد استخدمت هذه المقاييس في بعض البحوث باعتبارها أدوات لجمع المعلومـات وكذلك للتحقق من خصائصها السيكومترية، مثل دراسة ايجنـدورف وآخـرين ولسـون وآخرين.

6 ـ 2 ـ 5 مقياس مينوستا للشخصية المتعددة الأوجه MMP1

هدفت عدد من الدراسات في الثمانينات إلى تقـدير الاضـطرابات التاليـة لصـدمة الحروب بواسطة استخدام مقاييس تقليدية وخاصة اختبار مينوسـتا للشخصـية المتعـددة الأوجه **Minnesota Multiphasic Personality Inventory(Mmpi) (Hatha Waya &Kinley,1951)**

أول من طبق مقياس (MMPI) هما بينك وروبرتس **Penk & Roberts** على عينات من المحاربين القدامى بفيتنام ممن شاركوا أو لم يشاركوا في المعارك الحربية وقد توصلا إلى أن التعرض للمعارك الحربية يؤدي إلى الاضطراب النفسي.[1]

كما قدمت دراسات أخرى من بينها دراسة كورتزكي **(Koretzky, 1990)** بيانات تؤكد قيمة استخدام مقياس منوستا للشخصية المتعددة الأوجه في قياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة التي لا ترتبط بالمعارك الحربية وفي ذلك توصل الباحثون إلى أن المفحوصين من ذوي اضطراب الضغوط التالية للصدمة غير المرتبط بالمعارك الحربية يبدون درجات أعلى بقدر دال على مقياس **MMPI** مقارنة بمجموعة ضابطة شخصت بأنها حالات من الاضطرابات النفسية وليست حالات من اضطراب الضغوط التالية للصدمة. كما لوحظ أن الصفحة النفسية للمصدومين سيطرت عليها بشكل واضح تقديرات عالية على مقياسي 8 و2 (البارانويا والاكتئاب) من مقياس **MMPI**.[2]

وسوف نتطرق للمقاييس التي أعدت من أجل تشخيص اضطراب الضغوط التالية للصدمة ونجمعها في الجدول التالي :

---

[1] الرشيدي بشير، (2001). مجلد 2، مرجع سبق ذكره، ص.42.

[2] Koretzky , M.B.; & Peck , A. (1990) . Validation and cross – validation of the PTSD of MMPI with civilian trauma victims. journal of clinical psychology , 46 , 296-300.

جدول (1-3)

يبين مقاييس تشخيص اضطراب الضغوط التالية للصدمة

اسم المقياس	الأعداد	الهدف	عدد البنود
مقياس فرعي من **MMPI** **PTSD SUBSCALE**	كين وزملاءه **KEANE, et al, 1984**	قياس **PTSD**	49
مقياس فرعي من **MMPI**	شلنجر وكولكا **SCHLENGER &KULKA,1989**	قياس **PTSD**	12
مقياس تأثير الأحداث الصدمية **Impact of Event scale (IES)**	هورويتز وآخرون **Horouitz et al, 1979**	تأثير الأحداث الصدمية الشديدة على التوظيف النفسي	15
مقياس **PTSD** كما يطبق بواسطة الأخصائي العيادي **clinician administrated PTSD scale (CAPS)**	بلاك وآخرون **Black et al,1984**	قياس درجة وتكرار محكات إضطراب الضغوط التالية للصدمة وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل **(DSM III-R)**	17
مقياس ميسيسبي لاضطراب الضغوط التالية للصدمة المتعلقة بالمعارك الحربية **Mississippi scale for combat- Related (MSC. PTSD)**	كين وكاديل وتايلور **Keane, caddell, Taylor 1988**	مقياس التقرير الذاتي يقيس اضطراب الضغوط التالية للصدمة المتعلقة بالحرب	35

اسم المقياس	الأعداد	الهدف	عدد البنود
مقياس التعرض للمعارك الحربية **combat Exposure scale (CES)**	كين وزملاؤه **KEANE et al. 1989**	قياس الأحداث الصدمية المتعلقة بالحرب أو بالتعرض للمناطق الحربية	07
مقياس الأحداث الضاغطة لساحة الحرب **War zone stressor scale (WZSS)**	كولكا وشلنجر وآخرون **kulka schlenger et al. 1988**	تطبق لأعراض البحوث المسحية واستخدمت في الدراسة القومية لإعادة التوافق لدى المحاربين القدامى بفيتنام	أكثر من 100
مقياس الأحداث الضاغطة للمرأة أثناء فترة الحرب **Women's wartime (WWSS) stressor scale** **(تطوير الأداة).**	ولفي وآخرون **Wolfe et al. 1993**	لتقدير الجوانب الفريدة لتأثير التعرض لساحة الحرب لدى المحاربات من الإناث	
دليل رد الفعل **the reaction Index**	فريدريك وآخرون **Frederick et al. 1985**	مقياس التقرير الذاتي وفق المحكات التشخيصية **DSMIII** يقيس اضطراب الضغوط التالية للصدمة	20 بند

التقدير السلوكي متعدد الطرق **Multimethod behavioral assessment (MBA)**	مالوي وفيربانك وكين **Malloy, Fairbank, Keane 1983**	قياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة في المراكز المتخصصة للصحة النفسية والبحث العلمي	مقاييس سلوكية مقاييس معرفية مقاييس فسيولوجية
قائمة الضغوط الصدمية **Traumatic stress schedule (TSS)**	نوريس **Norris 1990**	تقدير التعرض للأحداث الصدمية	تتضمن آثارها الفقدان ومداه التهديد، اللوم، الآلفة،الضغوط التالية للصدمة.
مقياس خبرات الأحداث الضاغطة المحتملة **potential stressor Experience Inventory (PSEI)**	كليباتريك ورسنيك وفريدي **Kilpatrick, Resnick, Freedy**	تقدير اضطراب الضغوط التالية للصدمة وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع	
إستبيان تقويم الأحداث الضاغطة على مدى الحياة **Evalvation of Liftime stressors (E.L.S)**	كرينسلي وويزرز **Krinsley. Weatheres**	تقدير طائفة واسعة من الأحداث الصدمية عبر مدى الحياة	

عدد البنود	الهدف	الأعداد	اسم المقياس
	تقدير آثار التعذيب	موليكا وآخرون **Mollica et al,**	إستبيان هارفارد للصدمة **Havardtrauma Questionnaire (H.Q)**
	قياس الصراع والعنف داخل الأسرة	ستراوس **Straus 1979**	مقياس أساليب الصراع **Conflict Tactics Scale (CTS)**
	قياس العنف المنزلي المتضمن الإساءة الجسمية والنفسية	شبرد وكامبل **Shepard & Campbell 1992**	مقياس سلوك الإساءة **Abusive Behavior inventory (ABI)**
يتكون من أربـع مقاييس فرعية: -الصدمية -الإسترجاعات القهرية -الانفعال العام -الأعـراض المتفرقة قبل الصدمة	قياس **PTSD** من المحكات التشخيصية **DSM III**	فيليب صايغ **Saigh 1989**	مقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى الأطفال **Children's PTSD Inventory (CPTSDI)**
	يقيس خبرات الانفصال وفقدان الوالدين ،خبرات	جلاجر وآخرون **Gallagher et al.**	التقدير الإسترجاعي للخبرات الصدمية **Retrospective Assessment of**

Traumatic Experiences (RATE)		سوء معاملة الأطفال أو امتهانهم **Child Abuse**	
استبيان صدمة الطفولة **childhood Trauma Questionnaire (CTQ)**	برنشتين وآخرون **Bernstein et al. 1994**	يقيس سوء معاملة أو امتهان الطفل وإهماله	
مقياس الإساءة والصدمة للطفل **child abuse and Trauma scale (CATS)**	ساندر وآخرون **Sander, et al. 1995**	يقيس تكرار ومدى الأنماط المختلفة للخبرات السالبة في الطفولة والمراهقة	
دليل الأحداث الضاغطة في الأسرة **Family stressor index (FSI)**	ماك كوبين وتومسون **Cubbin & Thompson 1987**	تقيس أحداث الحياة والتغيرات فيها	10
دليل الدعم من الأقارب والأصدقاء **Relative and Friend support index**	//	تقدير درجة توجة الأسرة إلى الحصول على دعم أو سند من الأقارب أو الأصدقاء	//

عدد البنود	الهدف	الأعداد	اسم المقياس
17	توجه الأسرة إلى التكامل داخل المجتمع	//	دليل التكافل الإجتماعي **social support Index (SSI)**
09	يقيس درجة مقدرة الأسرة على أن تغير من قواعدها وحدودها وأدوارها كي تتواءم مع الضغوط المتغيرة التي تواجها من داخلها وخارجها	//	دليل المرونة الأسرية **Family Flexibility Index (FFI)**
09	يقيس إمكانات أعضاء الأسرة في إدارة الذات ومدة شعورهم بمقدرتهم على تنظيم شؤون الأسرة وضبطها (الأطفال، المال، القرارات، التماسك)	//	دليل الاعتماد الذاتي **self Reliance Index (SRI)**
	تقيس درجة الشعور بالكدر أو الضغط في الأسرة وما تتعرض له من تدهور	//	قائمة التكيف الأسرى **Family Adaptation checklist (FAC)**
	تقيس الصدمة داخل الأسرة : الإساءة الجسمية والجنسية في الطفولة .	أوجاتا وآخرون **Ogata et al. 1990**	مقياس الخبرات الأسرية **Familial experiences inventory**

6- 3 المقاييس النفسية الفسيولوجية:

قام العديد من الباحثين لانج وآخـرون **(Lang et al, 1977)** بلانشـارد وأخـرون **(Blanchard , 1982)**، جـراردي **(Gerardi, 1982)** مـالاوي وفاينبـك **(Mallay, Faerbank, 1983)**

بتطوير أساليب لتقدير متعدد الطرق لاضطراب الضغوط التالية للصـدمة لـدى عينات من المحاربين القدامى بفيتنام تتضمن مقاييس للسلوك الظاهر أو التقـدير الـذاتي لمشاعر الضيق والكدر والاستثارة النفسية الفسيولوجية وأعتمد الباحثون في هـذا علـى طريقة العرض المتدرج من خلال الفيديو أو من خلال تسجيلات سمعية للمنبهـات التـي ترتبط بالمواقف الصدمية (الحرب). وقد توصل الباحثون إلى أنماط نوعيـة للاسـتثارة النفسية الفسيولوجية الزائدة من خلال مقاييس عديدة مثل قياس معـدل نبضـات القلـب، واستجابة التوصيل الجلدي ومخطط كهربائية العضلة، أو ضغط الدم الانقباضي وضـغط الدم الانبساطي لدى المحاربين القدامى من ذوي اضطراب الضغوط التالية للصدمة.[1]

حيث توصل بلانشارد وآخرون إلى التمييز بين استجابات المفحوصـين القـدامى الذين يعانون من اضطراب الضغوط التالية للصدمة مقارنة بعينـة أخـرى مـن غيـر المحاربين المفحوصين في كل مجموعة بواسطة معدل ضربات القلب وحده، حيث أمكـن تشخيص 21مفحوص من 22 مفحوص بنسبة تقدر بـ (95.45%) باضطراب الضغوط التالية للصدمة.

وتفترض نتائج هذه الدراسة أن تقديرات ضربات القلب قد تعتبر وحـدها أفضـل منبئات اضطراب الضغوط التالية للصدمة مـن ناحيـة الأعـراض الفسـيولوجية لهـذا الاضطراب. وقد تكررت النتيجة نفسها في دراسات تالية.[2]

يظهر أن القياس النفسي الفسيولوجي مهم ولكن لا يمكن للمختص النفساني العيادي الحصول على المعطيات المستمدة من تطبيق هذه الأدوات، بسبب مجال مهنته ولكن يمكن

---

[1] Blanchard , EB.; K B, KOLB, LC, Gerardi , RJ.; Ryan, P, Pall meyer , T.P,(1986) Cardiac Response to Relevant stimuli As An Adynctive Tool For Diagnosing Post traumatic Stress Disorder in Vietnam veterans behavior therapy, 17, 592-606.

[2] عبد الخالق أحمد،1993 مرجع سبق ذكره، ص. 209.

إيجاد حل لذلك عن طريق تنظيم ملفات الحالات وتسجيل فيها نتـائج الفحـوص الطبيـة وكتابة التقارير الطبية على نحو يساعد الأخصائي العيادي على الاستفادة منهـا وظيفيـاً، وكذلك يمكن تذليل الصعوبات عن طريق إستراتيجية الفريق العيادي الـذي يعمـل مـع حالات اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

يتضح مما عرضنا أن هناك تقدم هائل في تقدير اضطراب الضغوط التالية للصدمة بالأدوات والأساليب السيكومترية المتنوعة، ولكن معظم هـذه الأدوات كانـت مرتبطـة بالأحداث الصدمية الخاصة بالحروب وأعطت نتائج واسعة لأعراض اضطراب الضغوط التالية لصدمة الكوارث الطبيعية أو بعض الكوارث الناتجة عن البشر، بعبارة أخرى يمكن أن يكون من الأحسن أن كل فئة من هذه الصدمات تتطلب نوعيـة خاصـة مـن أدوات القياس والتقويم وضرورة توفر أدوات سيكومترية شاملة ومناسبة يمكـن أن يسـتخدمها الأخصائي العيادي في تشخيص اضطراب الضغوط التالية للصدمة المتعلقة بأنماط مختلفة للأحداث الصدمية.

ملخص الفصل الثاني

تطرقنا في هذا الفصل إلى تطور مفهوم اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية عبر التاريخ الطويل منذ الحضارة الفرعونية والإغريقية وظهوره كمفهوم أدبي في الروايات العالمية وفي تطوره عبر التاريخ القصير لعلم النفس المرضي والطب النفسي، كما تطرقنا إلى تطور المفهوم في التصنيفات العالمية للاضطرابات النفسية ثم ميزنا بين الحدث الصدمي والصدمة النفسية من خلال عرضنا لمفهوم اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية وطبيعتها والأعراض الواسمة له. وقمنا بتوضيح عامل أساسي في تطوير اضطراب الضغوط التالية للصدمة وهو الضغوط.

كما وضحنا في هذا الفصل الإستراتيجية التشخيصية لاضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية موضوع الدراسة، حيث عرضنا في هذا الفصل بعض المعطيات الإيبدميولوجية لانتشاره حسب ما جاء في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في طبعته الرابعة **(DSM - IV, 1994)** والمحرر من طرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي **(APA)** ومن خلال بعض الدراسات العلمية التي تناولته ومعدلات انتشاره.

كما عرضنا عوامل الخطر في تطور **PTSD** من خلال بعض الدراسات السابقة في ميدان علم الصدمات النفسية، مبرزين الصورة العيادية المتمثلة في أعراضه، سواء كانت ردود فعل فورية أو مؤجلة بعد الحدث الصدمي الذي تعرض له الفرد، ثم تطرقنا إلى الأعراض الأساسية لهذا الاضطراب حسب المحكات التشخيصية **(DSM - IV)** ولاسيما الأعراض الثانوية المصاحبة والواسمة لاضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية.

وكان لزاماً علينا التطرق إلى تقدير اضطراب الضغوط التالية للصدمة **Assessment PTSD** لما يتسم به هذا الاضطراب من تعقد وتشابك أعراضه مع فئات تشخيصية أخرى من خلال وسائل وأدوات مختلفة تمثلت في المقابلة العيادية المقننة والمقاييس السيكومترية والنفسية الفسيولوجية التي أسهمت كثيراً في تشخيص وتقدير **PTSD** الذي تطرقت إلى تفسيره وتوضيح أسبابه عدة نظريات سوف يكون الفصل الثالث موضوعا لها.

الفصل الثالث:

تفسير النماذج والنظريات السيكولوجية لاضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية واستراتيجية علاجه.

أولاً تفسير النماذج والنظريات السيكولوجية لاضطراب **PTSD.**

أ النماذج والنظريات الحيوية والعصبية والفسيولوجية.

ب النماذج والنظريات السيكودينامية.

ت النماذج والنظريات السلوكية.

ث النماذج والنظريات النفسية والاجتماعية.

ج النماذج والنظريات المعرفية.

ح النظرية التكاملية.

ثانياً استراتيجية علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

أ العلاجات الطبية البيولوجية.

ب العلاج السيكودينامي.

ت العلاج السلوكي.

ث العلاج المعرفي السلوكي.

ج النموذج التكاملي لعلاج اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية.

ملخص الفصل

تمهيـد:

بعد التعرض إلى اضطراب الضغوط التالية للاحداث الصدمية وطريقة تشخيصـه يعرض الفصل الحالي مختلف التفسيرات التي توصلت إليها النظريات والنماذج التصورية التي تسعى إلى تفسير نشأة اضطرابات الضغوط التالية للأحداث الصدمية ،وتتنوع هـذه النماذج والنظريات المتعلقة بتفسير اضطرابات الضغوط التالية للأحداث الصدمية، حيـث نجد النظرية المعرفية، النظرية السلوكية، النظريـة السـيكودينامية ،النظريـة النفسـية الاجتماعية والنظرية الفسيولوجية، بل وتتنوع النماذج النظرية داخل النظريـة الواحـدة، وهناك اتجاه عام في التنظير قد يشمل هذه النظريات والنمـاذج التصـورية فـي نسـق تصورى عام يعرف بالنظرية التكاملية.[1]

وفيما يلي النظريات الرئيسية لتفسير اضطرابات الضغوط التالية للصدمة :

آ - النماذج والنظريات الحيوية والعصبية والفسيولوجية :

تقدم النماذج المعاصرة تفسيرات حيوية وفسيولوجية للأعراض الرئيسية المميـزة لاضطراب الضغوط التالية للصدمة.

حيث طرح علماء الطب النفسي البيولوجي هذا النموذج من خلال تجاربهم علـى الحيوانات وحظي بقدر مناسب من الاهتمام في تناول الجـذور البيولوجيـة والمظـاهر الحيوية لاضطرابات الضغوط التالية للأحداث الصدمية.[2]

1) الاستثارة العصبية الزائدة:

إن الحدث الصدمى يؤدى إلى استجابة حيوية عصبية تؤدى إلـى تنشـيط إفـراز هرمونات الضغوط المختلفة التي تسمح للكائن الحي بأن يستجيب للضـغوط بطريقـة تكيفية، وتتضمن هـذه العمليـة إفـراز الكـورتيزول **(Cortisol)** والكـاتيكولامين **(Catecholamines)**.

---

[1] الرشيدى بشير و اخرون، 2001 مجلد1، مرجع سبق ذكره ص. 67.

[2] عبد الخالق أحمد وأخرون، 2000، مرجع سبق ذكره ص.11.

وقد دلت التجارب التي أجريت على الحيوانات المتعرضة لصدمات أن هناك تزايد فى مادة النوريبينفيرين (**Norepinephrine**).

ولقد سجلت لدى حالات اضطراب الضغوط التالية للصدمات إسـتجابات مرتفعـة للمنبهات الضاغطة مثل: إرتفاع ضغط الدم، إزدياد معدل ضـربات القلـب، والتـنفس، والإستجابات الحسية والنشاط العقلى[1].

كما نجد حساسية لمستقبلات الكاتيكولامين تؤدى إلى تنبـه مفـرط للاسـتجابات الترويعية و القلق، وتنبيه سريع للجهاز العصبي المستقل. كما تتميز هذه الحالة بازديـاد النشاط السمبتاوى، إفراز مفرط للأدرينالين اضطرابات في محور الهيبوتلاموس، نقـص في وظائف الغدة الدرقية وعدم الانتظام في النوم، ويؤثر ذلك على الانتباه، والانفعـالات واليقظة[2].

وفى ذلك يقدم ليبر (**Lipper,1990**) ما يعـرف بنمـوذج التـوهج (**Kindling Model**) لفهم أعراض اضطرابات الضغوط التالية للأحداث الصدمية وخاصـة التفكيـر الإقحامى والاسترجاعات الاقحامية والكوابيس، وهى خبرات معاودة لـذكريات مخزونـة تحييها الحساسية الزائدة للجهاز الطرفي في المخ (**Limbic System**) مع خفض العتبـة الفارقة لاستثارة النورونات العصبية لهذه المنطقة.

ويفترض كلوب (**Klob,1997**) نموذجا لتفسير أعراض التفكير الاقحامى والنشاط الزائد لدى المصدومين، بأنها أعراض ثانوية ناتجة عن عدم ملائمة آليات الكـف بلحـاء المخ لأبنية جذع المخ السفلى مثل : منطقة المهاد التحتاني[3].

2) نموذج الأساس الحيوي:

يقدم فان دركولك(**Vanderkolk,1985**) نموذجا لتفسير اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية باعتباره اضطرابا ذا أساس حيوي، إستمد نموذجه من التجارب التـي

---

(1) الرشيدى بشير و اخرون مجلد 1، 2001، مرجع سبق ذكره، ص ص.116-117.

(2) Terr, L.C, (1991), child hood traumas: An outline and overview Am J.psychiatry 148, 1, 10 – 20.

(3) الرشيدى، بشير و آخرون، مجلد 1، 2001 مرجع سبق ذكره، ص.117.

أجريت على الحيوانات المتعرضة لصدمات متكررة لا يمكن تجنبها، كونت أعراضا مـن العجز المتعلم الذي يشبه أعراض الأفول الوجداني أو الخدر الوجداني، وهى حالة ناتجـة بسبب إفراز مادة أفيونية من الجسم وعند التعرض لأي منبه، يشبه الحدث الصدمى، تفرز هذه المادة وتؤدى إلى حالة من الخدر والهدوء وهذا ما يفسر الخدر النفسي في اضطراب الضغوط التالية للصدمة[1].

وعليه تخلق فكرة الحلقة المفرغة **Vicious Circle** إفراز المادة الأفيونية ← نقص التحفيز والمبادرة ← العجز المتعلم ← إفراز المادة الأفيونية وهكذا فـإن العجـز المـتعلم المزمن في اضطراب الضغوط التالية للصدمة **(PTSD)** منبثق من تعلم العجـز المكتسـب لدى الحيوانات المصدومة التي تتعرض إلى صدمات، حيث لا تحاول إبعاد نفسها من مصدر الصدمة[2].

سيطرة نشاط الجهاز العصبي شبه الودى / الباراسمبتاوى : يعتبـر نمـوذج دى لا بينـا **De La Pena** اضطراب الضغوط التالية للصدمة على انه استجابة تعويضية ينظمها المـخ إزاء تزايد المعلومات.

و يحدد دى لا بينا **De La Pena** نموذجه على أساس أن سيطرة الجهاز العصـبي الباراسمبتاوى **Parasympathetic System** يشكل استعداداً لتطور أعراض اضـطراب الضغوط التالية للصدمة لدى بعض الأفراد من يوصفون بـً الجهاز العصبي الباراسـمبتاوى المسيطرً أكثر حتى الأفراد ذوي نمـط الجهـاز العصـبي السـمبتارى المسـيطر **(SDI)** **Sympathetic Dominant Individuals**

فالأفراد ذوو نمط الجهاز العصبي الباراسمبتاوى المسـيطر**(SDI)** يخبـرون فـي الظروف العادية معدلاً منخفضاً من تدفق المعلومات في الجهاز العصبي المركـزي لـذلك يكونون أكثر استعداداً لتطور اضطراب **PTSD** بعد تعرضهم لخبرات في بيئـة مزدحمـة وغامرة بالمعلومات أثناء الحرب، لذا أثناء الأحداث الصـدمية ينشـط الجهـاز العصـبي المركزي للعمل على زيادة تدفق المعلومات لرفع مستوى التوظيف الإدراكي والمعرفـي

---

[1] Hyer ,l; WOODS , M.G boudewyns, P.A, PTSD and Alexithymia: (1991) Importance of emotional clarification in treatment in psyhotherapy, volume 28/n˝°1, 129-139 P.129.

[2] Allan Young, (1995), The harmony of illusions, inventing post traumatic stress disorder, New Dersey, Princeton university press pp, 276 – 278..

والسلوكي حتى يتمكن الفرد المصدوم من التعامل مع المعلومات الحسية المتزايدة أثنـاء الأحداث الصدمية، فيستثار النشاط العصبي الباراسمبتاوى بشكل متزايد ومتواصـل كـي يعوض النقص في استقبال المعلومات ومعالجتها. ومن جهة أخرى فإن هؤلاء الأفراد في حالة العودة إلى الظروف العادية (زوال الحدث الصدمى) يخبرون حالة مـن الاسـتثارة المنخفضة، ومن الحرمان الحسي يصحبها شعور بالملل والاكتئاب، لـذا تتطـور لـديهم استجابات لزيادة المعلومات والبحث عن الاستثارة الحسية باعتبارها استجابات تعويضـية للمخ المنخفض الإستثارة.

وعلى هذا الأساس يفسر دى لا بينا الكثير من الأعـراض الواسـمة لإضـرابات الضغوط التالية للأحداث الصـدمية، مثـل الأحـلام المزعجـة (الكـوابيس)، والأرق، والإستثارة الدائمة، والإنفجارات العدوانية، ويتضح ذلك من إضطرابات النوم [1].

3) **اضطراب نشاط السيروتونين فى الجهاز العصبى**:

بيّن كل من دافيسون، روث، نيومان (Davidson ،Roth، New Man, **1991)** أنه أجريت تجارب على الحيوانات، حيث عرّضت لصدمات متكررة، وتبـين أن الخبـرات الصدمية قد تؤدى إلى إستنفاذ مادة السيروتونين (Serotonergic Depletion) في الجهاز العصبى ولهذا قد يرجع سبب السلوك الإندفاعى، وإنفجارات الغضب، والعنف والتهيـيج لدى بعض حالات اضطراب الضغوط التالية للصدمات إلى اختلال وظائف السـيروتونين (Serotonergic Dysfunction) أو قد تبـيّن مـن نتـائج بعـض البحـوث أن اسـتخدام السيروتونين من خلال عقار الفليوكسيتين (Fluoxetine) كان علاجاً طبياً فعالاً لأعراض اضطرابات الضغوط ما بعد الصدمة[2].

لاحظنا أن النموذج الحيوي الفسيولوجي العصبي اعتبر اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية استجابة وجدانية إشتراطية أفرزتها التركيبات العصبية داخـل الـدماغ نتيجة التعرض الطويل للتهديد الكامن في المواقف الصدمية، وتظهر الإستجابة تلك علـى

---

(1) الرشيدى ، بشير وأخرون مجلد1، 2001، مرجع سبق ذكره ، ص.119.

(2) DAVIDSON, J. ROTH, S & NEW MAN, (1991) E, FLUOXETINE in post traumatic stress disorder, journal of traumatic stress, , 4-419-423.

شكل استجابة نروهرمونية، من خلال ارتفاع ضغط الدم، الإحساس بالخدر وسهولة الاستثارة العصبية (إنفجارات الغضب، العدوانية...)[1].

وحسب التكيف العام أثناء المرحلة الثالثة المسماة مرحلة الإجهاد، لا يبقى للعضوية أي مصادر كافية للدفاع ضد المرض، وخاصة عندما يستمر الضغط أو يعاود الرجوع فإن الاستجابة النروهرمونية تصبح قوية وهذا ما جاء به النموذج النروهرمونى[2].

ويشير فيرورى موريس **(Ferreri Maurice, 1991)** أن الضغط لا يمكن تجاوزه باستجابات الخوف الشرطية المتعلقة بالأحداث الصدمية ويرتبط باضطرابات في الذاكرة والتعلم التي ترتبط بدورها بتغيرات في تراكيب أو بنيات معينة في الدماغ بما في ذلك الفص الجدارى (مركز التفكير والعمليات المعرفية العليا) واللوزة وقرن أمون[3].

بناء على ما سبق فإن النماذج العصبية والحيوية والفسيولوجية تركز على أسس موضوعية في الكشف عن الأسباب التي تؤدى إلى تطور اضطرابات الضغوط التالية للصدمات، فقدمت نتائج جد مهمة من خلال دراسات تجريبية تفترض أن الأفراد ذوي اضطراب PTSD تحدث لديهم تغيرات فسيولوجية وعصبية – فارماكولوجية، وعصبية غدية، كما أن نتائج الدراسات التجريبية التي أجريت على الحيوانات أظهرت دلائل يمكن تطبيقها على اضطرابات الضغوط التالية للصدمات مثل تجارب الخوف الإشراطى والعجز المتعلم اتجاه صدمة لا يمكن تجنبها، كما أن البحث في هذا الميدان وارتكازا على الإستراتيجيات الكيمائية الحيوية والفارماكولوجية بينت إختلالات فى نشاط الأدرينالين وفى البنيات التحت مهادية (الهيبوتلاموس) والبنيات النخامية الكظرية في إفراز المادة الأفيونية من الجهاز العصبي المركزي.

ولكن نلاحظ أن هذه النماذج تجاهلت تأثير البيئة الخارجية، والعوامل المحيطة والسياق الإجتماعى، وأساليب التنشئة الاجتماعية المختلفة التي تسهم في تطوير أعراض اضطرابات الضغوط التالية للصدمات.

---

(1) عبد الخالق أحمد وأخرون، 2000 مرجع سبق ذكره ص.13.

(2) Bloch, h, chemma, R , Gallo, A, Leconte, P, Le Ny, J.F, Postel, J.Moscovici, S, Moscovici, M, Reuclin, M, Vurpillot, E, : grand Dictionnaire dela psychologie, Larouse, Paris , (1991) P.756.

(3) Ferreri, M, (1999) op.cit, P. 65.

كما أنها حصرت من خلال تجاربها التي أجريت على الحيوانات المُعرضـة إلـى أحداث صدمية فيزيقية متمثلة في الألم، أو صدمات كهربائية فقط، بينما الصدمة النفسـية هي محددة بالتصورات الذهنية والأثر الإنفعالى للأحداث الصدمية التي يتعرض لها الفرد.

ب- النماذج والنظريات السيكودينامية:

يحتل مفهوم الصدمة النفسية مكانة جوهرية في نظريات التحليل النفسي واستخدمت المفاهيم السيكوديناميكية فى تفسير الإضطرابات المتعلقة بالصدمة، ويمكن تحديد النمـاذج النفسية الدينامية في اربع نماذج:

1. النموذج السيكودينامى التقليدى.
2. النموذج النفسى التكوينى.
3. نظريات العلاقات المستهدفة.
4. النموذج النفسى الإجتماعى التطوري.

1) النموذج السيكودينامى التقليدى Traditional Psychodynamic Model

تعتبر نظرية السيكوديناميك او نظرية التحليل النفسي التي ابتكرها سيجموند فرويد Freud من أقدم النظريات الكلاسيكية التي تعاملت مع الاضطرابات الانفعالية على أساس فسيولوجى حيث افترض اغلب الكتاب والمؤلفين والمحللين النظريين والممارسين المهنيين والمعالجين النفسيين في مجال مدرسة التحليل النفسي أن العوامل الوراثية تعتبر من أهـم العوامل التي تسبب حدوث اضطرابات الضغوط التالية للصدمات، وقد أشار اغلبهم إلـى أهمية الخبرات المؤلمة والذكريات المحزنة السابقة التي تعرض لها الفرد في طفولتة فـي كونها تعتبر دافعاً قوياً لمعاناته فيما بعد عندما يكون كبيراً ويتعرض لخبرات مماثلـة أو ذكريات مشابهة لما كان يعانى منه في طفولته وهذا ما يجعلـه يسـقط فـي أعـراض اضطرابات الضغوط التالية للصدمات، وقد جاء ذلك صراحة في كتابات كل من فرويـد 1919، وكريســتال (Kristal,1968)، ونيدرلانــد (Nederland,1968)، وورثينجتــون (Warthington,1978)، حيث ذكروا وغيرهم انه يوجد تفاعل كبير وارتباط قـوى بـين خبرات الطفولة السلبية المبكرة والأحداث والمواقف الحالية التي يمر بها الفـرد والتـي

تحمل خبرات مشابهة، لأنه يسترجع الماضي ويربطه بالحاضر ويعـيش فـي المأسـاة المتشابهة[1].

كما يركز أصحاب التحليل النفسي على العوامل التكوينيـة للفـرد والصـراعات المختلفة قبل التعرض للأحداث الصدمية، حيث يـرى أن تلـك العوامـل هـي سـبب اضطرابات الضغوط التالية للصدمة، وليس طبيعـة الضـغوط ومـداها، أي أن الحالـة الصحية الضعيفة للفرد تتسبب في حدوث أعراض اضطرابات الضغوط التالية للصـدمة بدرجة اكبر من اعتبار عدم تكيفه لشدة وحدة الضغوط التي تواجهه

و تظهر مفاهيم التحليل النفسي واضحة في إبراز أهمية الأحداث الضاغطة التـي تتمثل في تمزق الروابط الأسرية، وفقدان البيئة الاجتماعية الثقافيـة، وقلـق الانفصـال المستمر والشعور الدائم بالعجز وتوقع الموت، ومحو الفردية والخصوصية والحـط مـن قدر الذات، فنجد كتروبريتش-سميتيس (Ctrubrich – Smitis,1981) انه حدد عدداً مـن العوامل الضاغطة على الإنسان والتي قد لا يمكنه التكيف معها مما يتسبب في الإصـابة باضطراب الضغوط التالية للصدمات نذكر منها :

أ. التفكك الأسرى والتشتت العائلي.

ب. استمرار قلق الانفصال.

ج. الرؤية الذاتية السلبية.

د. البحث عن الهوية وتأكيد الذات[2].

أما نتائج أو عواقب اضطرابات الضغوط التالية للصـدمات، فتظهـر فـي دافـع النكوص إلى المرحلة الفمية وتحول الطاقة النفسية الليبدية من الموضـوع إلـى الـذات، وتأخذ الدفاعات أسلوب الإنكار وتطور الذات الزائفة وتغيرات تدميرية في الذات المثالية، ويتضح من ذلك أن التحليل النفسي يشير إلى الخبرة الصدمية على أنها إصابة بنائية فـي الجهاز النفسي وتبقى أثارها مستمرة لا تمحى منه، والواقع أن التحليل النفسـي التقليـدي يقدم فهماً اكبر لرد الفعل النفسي لدى المصدوم، حيث تتفاعل خبرات واتجاهات الطفولـة

[1] الرشيدى، بشير و اخرون، مجلد 1، 2001، مرجع سبق ذكره، ص.109.

[2] محمود ماهر 2007: التعامل مع الصدمات النفسية، ط1، مرجع سبق ذكره، ص. 19- 20.

المبكرة والظروف الفعلية للصدمة أو هذا التفاعل بين هذه العوامل يطور لدى المصدوم معان نوعية عن خبرتة الصدمية.

إن تركيز التحليل النفسي يكون على الشخصية قبل الأحداث الصدمية باعتبارها العامل الأساسي في تحديد احتمالات تطور اضطرابات الضغوط التالية للصدمات[1].

و بناءاً عليه نرى أن المدرسة التحليلية الكلاسيكية تركز على سمات الشخصية للإنسان لاسيما الشخصية المؤهلة للتأثر بالصدمات والتي يطلق عليها " الشخصية قبل الصدمية " pre-trauma personality وهي الشخصية التي عانى صاحبها من خبرات الطفولة المؤلمة وعانى من التصاقها به واختزانها في اللاشعور عنده، والتي تكون مؤهلة لاسترجاعها على سطح الشعور والوعي عندما يتعرض ذلك الفرد لأحداث ومواقف مشابهة لتلك التي حدثت له في طفولته[2].

2) النموذج النفسي التكويني Psyhoformative Model

و يطور ولسون (wilson,1978) النموذج النفسي التكويني المؤسس على نظرية ليفتون التي تتركز حول الموت واستمرار الحياة، وكيف يغير الأفراد من الرموز التكوينية (الصور الأشكال) ويطورونها في سياق عملية الخبرة التي تتضمن الحياة والموت.

تتضمن النظرية النفسية التكوينية ثلاثة نماذج فرعية تمثل الأساليب التكوينية الأساسية في التفكير والترميز وهي:

أ. الترابط (الإحساس بالترابطية) مقابل الانفصال (فكرة الموت)

ب. التكامل (التكامل بين الجسم والأنا مقابل عدم التكامل (تهديد الكيان الحيوي وسلامته)

ج. الحركة (الارتقاء والتقدم والتغير) مقابل الثبات (توقف التطور والتلقائية)

و يتصف كل أسلوب من هذه الأساليب بأنه يتضمن صوراً ملازمة له فالإحساس بالحيوية وبالحياتية يتلازم مع الارتباط والتكامل والحركة والأشخاص يتميزون

---

(1) الرشيدى، بشير، مجلد 1، 2001، مرجع سبق ذكره، ص.885.

(2) ماهر عمر، 2007، مرجع سبق ذكره، ص.28.

بالارتكازية باعتبارها محوراً أو ركيزة لانتظام الشخصية وتماسكها، تؤدى الصدمة إلى الإخلال بهذا الانتظام (فقدان الارتكازية) الذي يتضح في عجز الفرد عن تمثل الخبرة الجديدة داخل الأساليب التكوينية الموجودة من قبل ويفسر ذلك ما يظهر من أعراض التخدر النفسي لدى المصدومين، وتتضمن هذه الأعراض:

1. افتقاد المشاعر (الأفول الوجداني)
2. اضطراب العمليات النفسية التكوينية
3. الغضب والغيظ
4. الفجوة بين المعرفة والمشاعر
5. البلادة والكسل والخمول أي إنطفاء الحيوية واماتتها[1].

3) نظريات العلاقات المستهدفة:

طورها برندى **(Brendy,1982)** من دراساته على اضطرابات الضغوط التالية للصدمات، واستمدها من بعض المنظرين الأمريكيين عن نموذج العلاقات المستهدفة التي تقوم على وجود تشابه كبير بين الشخصية لدى المحاربين القدامى في حرب فيتنام واضطراب الشخصية الحدية، وتشمل أوجه التشابه الأعراض التالية:

1. السلوك المحبط للذات
2. الاستغراق في المثالية
3. الإقلال من تقدير الذات
4. إنفجارات الغضب
5. تشوش الأنا
6. انقطاع الأمل
7. الاكتئاب
8. اللجوء إلى دفاعات بدائية (مثل الإنكار، التقمص الاسقاطى والإحساس باللامعنى.

أما ما يميز اضطراب الضغوط التالية للصدمات وفقا لنظرية برندى فهو حدوث تمزق في الشخصية في استجابتها للصدمة الشديدة نتيجة للتأثير الانشطاري للضغوط التي يخبرونها على هويتهم ويحدد برندي مظاهر الاضطرابات التالية:

---

[1] الرشيدى، بشير، مجلد 1، 2001 مرجع سبق ذكره، ص.112- 113.

1- فقدان الهوية الذاتية :

ويتمثل في فقدان الإحساس بالذات التالي للصدمة ويتصف بالانفصال الانفعالي.

2- حدوث تمزق في منظومة الذات:

ويتمثل في حدوث تمزق للذات بين جانبين، الجانب الجيد القـائم علـى المثاليـة والجانب الرديئي القائم على الإقلال من تقدير الذات وتصـبح القـيم مشـوهة والتعبيـر الانفعالي مصحوب بانخفاض تقدير الذات.

3- التوحد المرضي مع القاتل (الذات القاتلة):

غالباً ما تؤدى خبرات الصدمة إلى تطور عملية مرضية، وهي التوحد المرضى مع المعتدى، وما ينتج عن ذلك من تطور لهوية القاتل وينشأ عن هذه العملية ما يعرف بالذات القاتلة.

4- التوحد المرضي مع الضحية (الذات الضحية):

غالباً ما يصبح ضحايا الأحداث الصدمية مدمرين لأنفسهم إما بشكل صريح او من خلال الأعراض الجسمية الناتجة عن التعرض للضـغوط وهـذه الأعـراض أعراضـا مستديمة من القلق الغامض والذكريات غير السـارة والأحـلام المفزعـة (الكـوابيس)، والصداع ونوبات الدوار والآلام الجسمية وهكذا تنشأ الذات الضحية وتصبح جـزء مـن منظومة الذات.

5- الذات الواقية :

و تنشأ الذات الواقية من اجل البقاء، حيث تتضمن استدماج الآخرين ممن يشاركون الفرد في الخبرة الصدمية إلى حد أن فقدان الزملاء قد يشعر به الفرد كما لو انـه فقـدان لجانب من الذات، وغالباً ما ينتج عن ذلك استجابات غضب أشبه بالاستجابات الذهانيـة، كذلك يرتبط السلوك الواقي بشكل عدواني بالحاجة إلـى الاحتفـاظ بالمشـاعر الممزقـة المتعلقة بالعجز والذنب والحزن والخوف وذلك من خلال عملية الإنكار والرفض.

6-

القدرة الكلية المرضية:

يشير برندى إلى أن القدرة الكلية المرضية تنشأ باعتبارها دفاعات ضـد الـوعي بالذات-الضحية، لذا تتطور لدى الفرد قدرة كلية عدوانية دفاعية، كذلك يعمـل العـدوان وسلوك المخاطرة على استمرار كبت هذا الجانب من الشخصية[1].

و هكذا تؤكد نظرية العلاقات المستهدفة على ما يمكن أن يحدث للشخصية الفردية من تمزق وانشطار في جوانب الشخصية المختلفة نتيجة التعرض للأحداث الصدمية، وقد اقتصرت على الصدمة النفسية وما يترتب عنها على المستوى الفردي فقـط، ولـم تقـدم تفسير للصدمات النفسية الجماعية.

7- النموذج النفسي الاجتماعي التطوري Psychosocial Development Model:

يرتبط هذا النموذج بأعمال إريكسـون **(Eriksson,1968)** وتفسـيرات ويلسـون **(Wilson,1978)**، فيما يتعلق بالاعراض المرضية والاضطرابات الانفعالية النفسية التـي كان يعانى منها المحاربون القدماء العائدون من حرب فيتنام، حيـث تـم تفسـير تلـك الأعراض والاضطرابات في ضوء المراحل التطورية (الارتقائية) التي ذكرها إريكسون، ولاسيما كان التركيز على المرحلتين الخامسة والسادسة ومن ثم، تم تعميم هـذا التفسـير على اضطرابات الضغوط التالية للصدمات علـى اعتبـار أنهـا متشـابهة تمامـاً مـع الاضطرابات التي كانت تظهر على المحاربين العائدين من حرب فيتنـام **(Vetenams)**، والتي تتراوح أعمارهم ما بين 18–24 سنة[2]. وقد ذكر ويلسون انه بالرغم من تفسـير هذه النظرية بناء على الاضطرابات الانفعالية والمشكلات النفسية والأعراض المرضـية التي كان يعانى منها المحاربون إلا أنها من الممكـن أن تنطبـق فـي تفسـيرها علـى اضطرابات الضغوط التالية للصدمات للتشابه الكبير بينهما وقد كان تفسير ويلسون مركزاً على الارتباط بين خصائص المرحلة الخامسة من مراحل النمو عند اريكسون وبين تأثير الصدمات النفسية على المحاربين العائدين من فيتنام فيمـا يتعلـق بسـلوكهم التطـوري والاجتماعي الذي يتصف بالخلل في الأداء والعجز في التطور والنمو، وعلى الـرغم أن هذه النظرية لا تختص باضطرابات الضغوط التالية للصدمات بطريقة انفراديـة إلا أنهـا

---

(1) نفس المرجع السابق 2001، ص ص. 113- 115.

(2) عبد الخالق أحمد،1998 مرجع سبق ذكره، ص. 77.

يمكن تفسير هذه الاضطرابات في ضوء مكوناتها لأنها تختص بأي أعراض ناتجة عـن صدمات نفسية حادة مهما كان مصدرها.[1]

ويركز ولسون في نموذجه على المرحلة النفسية الاجتماعية الخامسة كما سبق وأن ذكرنا، من مراحل نمو وارتقاء الشخصية وهي مرحلة هوية الأنا مقابل تشوش الأنا التي يؤكد ولسون على أهميتها في تكوين الإحساس بالكلية والهوية، وهنا يكون تأثير الصـدمة بالغ الخطورة لأنها تؤدى إلى إعاقة تطور وارتقاء الفرد ومن ثم يؤدى إلى تطور أزمـة ارتقائية تعرف بتشوش الأنا.[2]

نفهم أن ولسون فسر تأكيده على المرحلة الخامسة من مراحل اريكسون بأنها تتعلق بأزمة الهوية عند الفرد ولاسيما في نهاية مرحلة المراهقة وبداية مرحلة الرشد مما يجعل هذا الفرد يعانى من اضطرابات في دوره الاجتماعي واضطرابات في التفكير حول ما إذا كان ومازال مراهقاً أو تعدى هذه المرحلة إلى مرحلة الرشد وأصبح راشداً. وتتضمن هذه المرحلة عدداً من الاضطرابات الانفعالية التي تربك سلوك الفرد الاجتماعي والتـي قـد تعرقل نموه النفسي وتطوره الفطري الغريزي ويمكن أن تتمثل هذه الاضطرابات في:

1- اضطرابات وخوف يتعلق بالمستقبل
2- عدم القدرة على إدارة الوقت والتحكم فيه.
3- الإحساس بالالتصاق بدور محدد لا يمكن تغييره.
4- الاحباطات المستمرة المتعلقة بالعجز في تحقيق الأهداف.
5- سوء توافق اجتماعي مع أسرته والمحيطين به.
6- سوء توافق جنسي قد يصل إلى العجز الجنسي تماماً.
7- الخوف من نبذ الآخرين وعدم القدرة على المحافظة على احترام الذات.
8- تجنب العلاقات الودية.
9- الشعور بالقلق الحاد بصورة مستمرة.
10- الإحساس بالاغتراب عن أسرته، وجماعته الدراسية أو المهنية.
11- التشتت في الأفكار واضطراب الجانب الايديولوجى والقيمى.

---

[1] ماهر عمر 2007، مرجع سبق ذكره، ص.24.

[2] الرشيدى بشير، مجلد 1، 2001، مرجع سبق ذكره ، ص ص.110، 111.

12- التمركز حول الذات ومقارنتها بالآخرين.[1]

و يوضح ويلسون أن العديد من هذه الأعراض الناتجة عن اضطراب هذه الفتـرة المواتية النفسية الاجتماعية، كانت تلاحظ لدى المحاربين القدامى بفيتنام، حيث يظهـرون عجزاً في تحقيق التوازن وفي إكمال المطاب النمائي لهذه المرحلة الارتقائية (التطوريـة) وهو تحقيق هوية الأنا وفي أن يجدوا معنى لحياتهم.

و يذهب ولسون أبعد في نموذجه النفسي الاجتماعي ليمتد إلى مـا وراء المرحلـة الخامسة وهي مراحل ما بعد الهوية، فتأثير الأحداث الصدمية على عملية النمو في هـذه الفترة المواتية النفسية الاجتماعية لا يقتصر فحسب على مرحلة الشباب بل ينعكس كـذلك على تأثير أزمة النمو إلى بقية المراحل العمرية، وتزداد مشكلات تحقيق مطالب النمو في المستقبل في المرحلة الأخيرة وهي مرحلة التكامل مقابل مرحلة اليأس ففي هذه المرحلـة تظهر بوضوح قضايا الموت والمعنى الوجودي للحياة كما تتمثل أزمة النمو في الإحساس باليأس واللامعنى[2]

ت- النماذج والنظريات السلوكية:

ترتبط النظرية السلوكية بنظريات التعلم التي تؤكد على مدى أهميـة الاسـتجابة المتعلمة عند الفرد نتيجة لمثير معين وربط دولارد وميلـر **(Dollard &Miller, 1950)** مفهوم المثير بمفهوم الإشارة **(Acue)** التي تحدد مدى استجابة الفرد لها من حيث الزمان والمكان والكيفية، وقد تكون هذه الإشارة التي تمثل المثير خارجية عن كيـان الشـخص، وقد يتمثل المثير أو الإشارة في مواقف وأحداث معينة، أو أشخاص محددين بـذواتهم، آو أفكار أو وساوس متكررة أو أزمنة أو أوقات ذات دلالات خاصة عند الفرد أو قد يكـون المثير أو الإشارة عبارة عن مجموع متكامل من كل الأمثلة السابقة أو اغلبها، وقد ذكـر دولار ميلر 1950 أن الخوف من الظلام مثلا يمثل مثيرا مركبا في تكامل إشاراته حيـث قد يحتوى على مواقف وأشخاص وأفكار وأوقات مرتبطة كلها معا فـي حـدوث حادثـة معينة مؤلمة عند شخص معين[3].

(1) محمود ماهر، 2007، مرجع سبق ذكره ص ص.25، 26.

(2) الرشيدي بشير ، 2001 مجلد 1 ،مرجع سبق ذكره، ص.112.

(3) ماهر عمر، 2007، مرجع سبق ذكره، ص. 1 ، 22.

و ترتكز النماذج السلوكية لاضطرابات الضغوط التالية للصدمات التي يقدمها كين وزملائه (Kean et at.,1980) على نظرية العاملين لـ مورر (Mowerer,1960).

و قد ذكر كين وزملائه، أن أى مثير إذا كان حادا شديداً يمكن تعميم استجابته علـى مثيرات أخرى متشابهة معه في حدته، شدته وخصائصه، ولكنها مختلفة معه في مصـدرها، فمثلاً قد يتذكر فرد ما صوت طلقات نارية قوية، أو صوت انفجار قنابل يدوية قد تعرض لها سابقاً، وذلك عندما يسمع صوتاً قوياً مدوياً وغالباً صادراً من أى مصدر جديد مـدني غيـر عسكري وغير حربي عندئذ يعمم المثير السابق على المثير الحالي[1].

ووفقا لهذا النموذج نجد أن كل مثير يرتبط بالحدث الصدمى من الممكن أن يصبح من خلال عملية الاشراط التقليدي قادراً على إصدار استجابة شرطية مماثلة لتلك التي ارتبطـت بالصدمة الأولية.[2]

ويعتبر الخوف استجابة متعلمة بالاشراط الكلاسكى وهو العامل الأول وفقاً لنظريـة مورر **Mowerer**.

ومن خلال التعلم الترابطي قد تكتسى بعـض الإشـارات (الهاديـات)-(المثيـرات الاشراطية) مثل مناظر معينة، وروائح أشخاص أو أصوات وغير ذلك من المثيرات التي قد تذكر الفرد بالخبرة الصدمية – قدرة على استدعاء الخوف الشديد[3].

حسب يول **(Yule,1994)** فان اضطراب الضغوط التالية للصدمات هـو النمـوذج الاكلينكى الذي ينشأ من الاشراط الكلاسكى، حيث يلعب الحادث الضاغط دور المنبه غيـر الشرطى ويؤدى إلى استجابة غير شرطية تظهر عند الطفل وتتميز بخوف كبير وعن طريق التعميم تصبح المنبهات أو المثيرات أو الهاديات أو الإشارات قادرة على أن تخلق اسـتجابة على شكل أعراض اضطراب الضغوط التالية للصـدمات.[4] و طبقـاً للنمـوذج السـلوكي فالاشراط الكلاسكى يبين أن ضحايا اضطرابات الضغوط التالية للصدمات يعانون من الخوف الشرطي للمنبه أو المثير الذي تعرضوا له أثناء

---

(1) (1) المرجع السابق، ص .22.

(2) (2) عبد الحليم، إيمان 2004:مرجع سبق ذكره، ص.32.

(3) (3) الرشيدى بشير،2001 ، مجلد، مرجع سبق ذكره، ص.103.

(4) (4) Yule, w. (1994), post traumatic stress disorder in: ollendick T.H, international hand-book of phobic and anxiety disorder in children and adolescents – plenum, new York, press, 223-240 P82.

الصدمة، وبعد تعلم الرابطة الموجودة بين المنبه والاستجابة فان الأفراد يشعرون بـالقلق عند ظهور المنبه وغياب الخبرة الصدمية.

أما العامل الثاني في هذا النموذج هو التعلم التجنبى الذي يـأتي بـدوره كمـدعم للأفراد لكي يتجنبوا الحدث الصدمى أو يأتي كذلك كمدعم قوى لاستجابة الانسحاب التـي نلاحظها لدى ضحايا اضطرابات الضغوط التالية للصدمات[1].

فضحايا الصدمات يتجنبون مؤشرات معينة لكي يقللوا من الـذكريات والمخـاوف التي يعيشونها بشكل متكرر، فعلى سبيل المثال يلجأ المصدوم إلى تجنب الحـديث عمـا تعرض له، أو يتجنب الأشخاص والأماكن أو غير ذلك مما قد يشبه الحدث الصدمى، ان الهدف من السلوك التجنبى قد يظهر على انه تحكم في المشاعر والذكريات المؤلمة، ولكن الاستراتيجيات الاحجامية للمواجهة تعمل على تدعيم مشاعر الخوف والعزلة الاجتماعيـة وإدراك الفرد لذاته على انه عاجز عن التحكم في حياته، حيث بين جـوزاف وآخـرون **Josef** دور مكان الضبط في تطوير **PTSD** عند المراهق، حيث وجد أن لديه انتسـابات سببية داخلية تتعلق بجوانب سلبية وغير متحكم فيها للحادث الصدمى، حيث يرجع كل ما يحدث لأخطائه، «كل شئ هو من أخطائي كنت استطيع أن اسلك كذا، استطيع أن أتجنب هذا الحادث، أنا المسئول»

هذه العبارات التي استنتجت من المقابلة العيادية مع المراهقين، هذا النـوع مـن الضبط يؤدى إلى خلق أعراض مزمنة وشديدة لاضطراب الضغوط التالية للصدمة[2].

ونجد أن التطور المستمر للنماذج السلوكية في تفسير اضطراب الضغوط التاليـة للصدمة أدى إلى إضافة متغيرات عديدة منها الخصائص الفردية متضمنة المساندة حيـث قـدم فـوى واوسـوتو وهاوسـكامب ونيومـان **(Foy, Osoto, Houskamp and Newmann,1992)**.

---

[1] Hal gin, R., whitbourne, s.k. (1993). Abnormal psychology the human experience of psychological disorder. london: Harcourr Brace College publisher p.188.
[2] Ter, l.c, 1991, op.cit p 83.

نموذجا سلوكياً تتأثر فيه استمرار أعراض اضطرابات الضغوط التالية للأحداث الصدمية ببعض العوامل المساعدة مثل المساندة الاجتماعية، والتاريخ المرضى السابق للعائلة[(1)].

واعتماداً على نظرية بافلوف في الاشراط الكلاسكى، تعتبر اضطرابات الضـغوط التالية للصدمات، منبهات مرتبطة بصدمة عنيفة (المنبه غير الشرطى) تثيـر اسـتجابات الضغوط، وكلما كانت الصدمة عنيفة كان احتمال الإصابة باضطراب الضـغوط التاليـة للصدمة اكبر، بالإضافة إلى أن التعرض المتكرر للمنبهات المرتبطة بالصدمة في الشهور التالية يقلل من الضيق، وذلك كما نتوقع تماماً من انطفاء الاستجابة الشرطية، والانطفـاء والتلاشي في هذا السياق بمعنى زوال أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمات[(2)].

من هذا السرد المتعلق بتفسير النظرية السلوكية لأعراض اضـطراب الضـغوط التالية للصدمات، نجد أن هذه الأعراض تكون بمثابة استجابة متعلمة عند الفرد، عنـدما يتعرض لمثير معين يمثل مؤشرات خطر أو ضرر قد يحدث له، حيث أن أي مثير ضار لأي فرد يجعله يستجيب له بعدد من المظاهر الانفعالية في صورة أعراض واضطرابات تدل على معاناته من هذا المثير، وقد يعمم هذا الفرد هذا المثير علـى مثيـرات أخـرى متشابهة معه في خصائصها وشدتها بالرغم من تباينها معه في مصدرها، ومن ثـم فـإن استجابته للمثير القديم يمكن تعميمها على المثيرات الجديدة، وهذا ما يجعله في حالة معاناة متكررة ومستمرة ما لم يتلق علاجاً لذلك، والمثير هنا يمكن أن يمثل حدثاً صدمياً يتعرض له الفرد حيث يعتبر مثيراً أصليا يولد مثيراً ثانويا يتمثل في الضغوط التالية للصدمة والتي يستجيب لها الفرد باضطرابات انفعالية[(3)].

إن النموذج السلوكي يسمح لنا إذن بفهم اضطراب الضـغوط التاليـة للأحـداث الصدمية من خلال نظرية الاشراط، فالأحداث الصدمية (الطبيعية، البشرية) تعتبر بمثابـة منبهات غير شرطية تؤدي إلى استجابة الخوف وردود فعل فسيولوجية، ويحدث التعمـيم

---

(1) Barlow, DH, 1993, clinical hand book of psychological disorders a step-by-step treatment manual, London: the Guilford press, second edition p 53.

(2) عبد الخالق، احمد (1998)، الصدمة النفسية مع اشارة خاصة الى العدوان العراقى على دول الكويت، مرجع سبق ذكره، ص. 164.

(3) ماهر عمر، 2007، مرجع سبق ذكره، ص.23.

في استجابة الخوف اتجاه المواقف والمنبهات التي ترمز إلى الأحداث الصدمية أو تتشابه معها[1].

يمدنا التفسير القائم على نظريات التعلم بتفسير مناسب في نطاق علم دراسة أسباب الأمراض لبعض أعراض الاضطرابات التالية للصدمة خاصة ما يتعلق بظهور أعـراض معينة مثل الاستثارة المفرطة التي تشمل الاستجابة الترويعية المبـالغ فيهـا وأعـراض التجنب المتضمنة تجنب الأفكار، والمشاعر المرتبطة بالصدمة، ولكنة لا يقدم تفسـيرات لتطور أعراض معاودة الحدث الصدمى واستمرارها (الذكريات المتكررة عن الصـدمة، والأحلام المزعجة المتكررة) والواقع أن تطور الأعراض الاقحامية يتطلـب تفسـيرات نظرية تتجاوز الإطار التصوري السلوكي وتمتد إلى ما وراء مبادئ الاشراط الكلاسـكى والاجرائى.

ث- النماذج والنظريات النفسية والاجتماعية

تبدو قيمة النموذج النفسي الاجتماعي الذي طوره ولسون وزملاؤه **(Wilson et,al 1985)** في تركيزه على التفاعل بين الحدث الصدمى الضـاغط والاسـتجابات العاديـة للكارثة أو خصائص الفرد والبيئة الاجتماعية – الثقافية التي يخبر فيها الصدمة ويسـترد فيها توازنه وفاعليته، وترتكز هذه النظرية على نماذج معالجة المعلومات لاضـطرابات الضغوط التالية للصدمات الذي طوره هورويتز **(Horowitz,1973)** الذي يوضـح بـأن الأشخاص الذين يتعرضون لصدمة شديدة يتطور لديهم اضطراب **PTSD** بينما لا يتطور لدى الآخرين ذلك الاضطراب، ويقرر أصحاب هذا النموذج ولسون وكراوس **Wilson & Kraus** أن على الشخص أن يخبر عبئاً نفسياً زائداً حتى تتكامل الصدمة بنجـاح داخـل الخطط المعرفية لديه، ويحدد العبء النفسي الزائد على انه حالة لا يمكن للفرد فيهـا أن يفهم طبيعة الخبرة وشدتها ومعناها في ضوء ما لديه من خطط معرفية تصورية للواقـع، ويؤدى فشل دفاعات الأنا وآليات المواجهة إزاء الصدمة إلى العجز في معالجة الخبـرة، وهنا تساعد البيئة المواتية على التعامل مع الصدمة واستيعابها ويبرز ولسون وكـراوس عدة خصائص واسمة للخبرة الصدمية لما لها من علاقة وثيقة بالاستجابات بعيدة المـدى للصدمة فيما يلي:

---

[1] عبد الخالق أحمد، 1998، مرجع سبق ذكره، ص.75.

1) شدة الحدث الصدمى.
2) طول مدة الصدمة.
3) سرعة الإنذار ببداية وقوع الصدمة.
4) درجة الحزن والأسى.
5) نسبة درجة التأثر في المجتمع بالتهديد للحياة.
6) التعرض للموت.
7) الضغوط المتعلقة بالصدمات وما فيها من دمار وموت.
8) المشاركة بما فيها الدور الذي يقوم به الشخص الباقي على قيد الحياة كأن يكـون دوراً سلبياً أو ايجابياً.
9) درجة احتمالات الصراع المعنوي إزاء معاودة حدوث الصدمة والتحكم فيها.

تلك عوامل أساسية للخبرة الصدمية وبالتالي فان طبيعة الحدث الصـدمى يحـدد درجة الحاجة إلى معالجة المعلومات ومقدارها.

كما تظهر خصائص الفرد في هذا النموذج مهمة والتي تتضمن:

1) قوة الأنا.
2) مصادر المواجهة، فعالية أو طبيعة الدفاعات.
3) وجود تاريخ سابق لاضطرابات نفسية.
4) الخبرات الضاغطة أو الصدمية السابقة.
5) الميول السلوكية.
6) المرحلة النفسية الاجتماعية الحالية للشخص الضحية.
7) العوامل الديموغرافية (السن، المستوى الاجتماعي الاقتصادي، التعليم، الخ...)

أما البيئة الاستشفائية فلها دور مهم فـي معالجـة اضـطراب الضـغوط التاليـة للصدمات، ويلاحظ أن هذا المتغير كثيراً ما نجده مغيباً أو مغفلاً فـي معظـم النمـاذج النظرية الأخرى.

حيث أن المتغيرات البيئية ترتبط بعواقب الخبرة الصدمية وتشمل العوامل البيئية:

1) أنظمة التكافل الاجتماعي.
2) عوامل الحماية التي توفرها الأسرة والأصدقاء (غشاء الصدمة).

3) اتجاهات المجتمع.

4) فاعلية المجتمع.

5) الخصائص الثقافية.

و تظهر عواقب الخبرة الصدمية في جانبين :

I. العواقب المرضية : وتتمثل في تطوير اضطرابات الضغوط التالية للصدمات.

II. النمو الشخصي وإعادة الاستقرار: ويتحقق هذا المستوى من معالجة الخبرة الصدمية من خلال المواجهة الكاملة للصدمة واكتمال خبرتها.

و يتضح من هذا العرض أن النموذج النفسي الاجتماعي لاضطراب الضغوط التالية للصدمات يمثل إطارا عاماً قابل للتطبيق على كل أنواع الأحداث الصدمية (الخبرات الصدمية)، وتظهر قيمة هذا النموذج في نتائج البحوث التي قام بها ويلسون وكراوس، فقد دلت نتائج تلك البحوث على وجود ارتباطات بين درجة أو طبيعة الصدمة وشدة اضطرابات الضغوط التالية للأحداث الصدمية، كما أن شدة الحدث الصدمى ودرجة العزلة النفسية الاجتماعية تعتبر أفضل المنبئات بتطوير اضطرابات الضغوط التالية للصدمات(1).

بعد عرض النموذج النفسي الاجتماعي، لاحظنا انه يفتقد لصفة يمكن أن يكون نموذجا مكتملا، وهي العوامل البيولوجية والعصبية والفسيولوجية والتي تجاهلها هذا النموذج ولم يعطيها حقها في تفسير أعراض اضطرابات الضغوط التالية للصدمات، بقدر ما أعطى وأكد على الدور التفاعلي بين خصائص الفرد والخبرة الصدمية والمعالجة المعرفية للصدمة والبيئة العلاجية.

ج - النماذج والنظريات المعرفية:

تحظى النماذج والنظريات المعرفية في تفسير اضطرابات الضغوط التالية للأحداث الصدمية بمكانة رائدة لما تقدمه من أساس في فهم هذا الاضطراب، وسوف نتطرق في هذا المجال إلى أربعة نماذج تعتبر نماذج أساسية في تفسير اضطرابات الضغوط التالية للصدمات وهي:

---

(1) الرشيدى بشير، مجلد 1، 2001، مرجع سبق ذكره، ص.105-108.

1) نموذج معالجة المعلومات لهورويتز1973

Horowitz Information Processing Model

2) النموذج المعروف بـ شبكة الذاكرة القائمة على الخوف لـ فوا

Foa Fear - Based Memory Net Work

3) نموذج الأبنية المعرفية لـ ماك كان وبيبرلمان

Mc. Canno & pearlman cognitive structures

4) نموذج التقدير المعرفي لـ جانوف بولمان وايشتاين

Cognitive Appraisal

1. نموذج معالجة المعلومات:

يركز نموذج هورويتز 1979 على النظريات الكلاسيكية والمعاصرة للصدمة في تناوله لاضطرابات الضغوط التالية للصدمات، ولكن يمنح الأهمية الكبرى لنظريات تجهيز أو معالجة المعلومات والنظريات المعرفية للانفعالات.

فالمعلومات تغزو الفرد من كل اتجاه، جزء منها يستوعبه الجهاز العصبي وتتم معالجته، في حين لا تتم معالجة الجزء الآخر بشكل صحيح لأن المعلومات تكون ناقصة أو فوق طاقة جهاز الاستقبال (الجهاز العصبي)، حيث لا تتلاءم المنبهات الخطيرة الطارئة مع خبرات الشخص ونماذجه المعرفية لأنها تتجاوز الإطار السوي للخبرة الإنسانية، وهذا ما يؤدي إلى حدوث الاضطراب في معالجة المعلومات[1].

حيث قدم هوروتيز عام 1993 نموذجا لتفسير **PTSD** يربط بين العوامل المعرفية والنفسية الدينامية[2]

يعتبر هورويتز أن الحافز الأساسي للعمليات المعرفية : هو الميل إلى الاكتمال , حيث يستمر العقل في تجهيز المعلومات الجديدة المهمة ومعالجتها حتى يتغير الموقف أو تتغير النماذج المعرفية أو يصل كل في النماذج والواقع إلى مستوي من التطابق.

وتتمثل الفكرة الأساسية في هذا النموذج في أن الصدمة لا تتم معالجتها أبدا ولكنها تبحث عن"الملائمة الأفضل"

---

(1) عبد الخالق أحمد،1998، مرجع سبق ذكره، ص.71.

(2) Wilkinson, J.D & Campbell, E.A., (1997). Psychology in conseling and therapeutic practice, new York, John wiley & sons P.231.

أن الأحداث الصدمية تتضمن قدرا هائلا من المعلومات الداخليـة والخارجيـة ولا يستطيع معظمها أن يتطابق مع الخطط المعرفية لدى الشخص المصدوم .

وينتج عن ذلك تطور "حالة من الحمل الزائد من المعلومات". فالشخص يخبر مـا يتواتر لديه من أفكار وصور وانفعالات على أنها لا يمكن أن تتكامل خبرته مـع هـذا الحدث بنجاح داخل الخطط المعرفية الموجودة لديه ولكن إذا لم يتم هـذا التغيـر, فـان العناصر النفسية للأحداث الصدمية سوف تبقى نشطة في مخزون الذاكرة[1].

وتبقى الصدمة في الذاكرة النشطة، فتصل المعلومات المرتبطة بالحدث الصـدمي خارج مجال الوعي الشعوري أو تستخدم آليات الإنكار، والخدر الانفعالي لتحـافظ علـى الفرد من أن تدمره الصدمة، أو يشير هورويتز إلى أن الأفكار والصور المقتحمة تكـون مصحوبة بانفعالات شديدة، وان هناك تذبذبا بين فترات الأفكار المقتحمـة، والانفعـالات وفترات الإنكار والخدر الانفعالي. ويوضح هورويتز أن إعادة ظاهرة الخبرة، كما تظهر في الكوابيس الليلية أو العودة إلى ومضات الماضي تمثل اقتحامات تهدف إلى تسـهيل معالجة المعلومات وتجهيزها ومهما يكن فان الاقتحام غير المتحكم فيه يؤدي إلى إعـادة معايشة الصدمة مرة أخرى وتطوير انفعالات غير متحكم فيها.

وكذلك يمكن أن ننظر إلى عمليات التجنب والخدر الانفعالي على أنهـا عمليـات تحكم تهدف إلى تنظيم معالجة المعلومات حتى لا تدفع بالفرد خارج نطاق السيطرة، ومع ذلك فإن التحكم الزائد قد يمنع المعالجة المعرفية الكاملة للحادث الصدمي[2].

يحدد هورويتز نموذجه وفقاً لأطوار متتابعة لمعالجة المعلومات من حيث رد الفعل للحدث الصدمي وذلك على النحو التالي :

---

[1] الرشيدي ،بشير ، مجلد1،(2001)،مرجع سبق ذكره، ص ص.89 ،90

[2] Barlow, DH; (1993), OP. CIT, P. 52.

1- طور الصرخة:

تعتبر الصرخة في هذا الطور الأول استجابة عادية أو طبيعية اتجاه الأحـداث أو المواقف الصدمية أما المظاهر غير السوية للصرخة، فتتمثل في الهلع والسلوك التدميري، والنوبات المفاجئة من الانهيار والاستجابات الانفعالية العنيفة.

2- طور الإنكار: Denial Phase

تظهر الاستجابة العادية لهذا الطور في تجنب ذكريات الصدمة وفي رفـض تلـك الصور أو الأفكار المتعلقة بها أو بمواجهتها ،أما الاستجابات المرضية فتبدو في السـلوك الإحجامي اللاتكيفي والانسحاب الاجتماعي وتعاطي العقـاقير والمخـدرات والاندفاعيـة والإحساس الداخلي بتشوش الإدراك وتناقص الوعي بالإحساسات الجسمية قد يصل إلـى درجة الشعور بالموت في الحياة.

3- طور الإقحام : Intrusion Phase

تظهر الاستجابة العادية لهذا الطور في تواتر أفكار قهرية عن الحدث الصـدمي، تقحم على نشاط العقل ،كما لو أنها أفكار أو صور تطفلية، أما الاستجابات غير العاديـة فتظهر في حالات من الانغمار بالصور والأفكار المستمرة والمزعجة عن الحـدث،ومن الارتباك والاندفاع، ويصاحب ذلك باضطرابات فسيولوجية ويتصف هذا الطور باليقظـة الزائدة التي تؤول إلى ردود أفعال ترويعية لمنبهات عادية، وخاصة إذا كانت الأصـوات العالية أو المثيرات البصرية المأساوية جزءاً من الحدث الصدمي، وقد يخبر الفرد بعض الهلوسات الحسية، ويتصف طور الإقحام بالإحساس بالتخدر (أفول المشاعر)، كما يتصف هذا الطور بآلام انفعالية، وقد يتصف بانغمار الفرد بصور وأفكار ملحة ومفاجئـة التـي تشكل ظاهرة طرد النوم والتي تنسب إلى القلق الذي يتملك الفرد من توقع أحداث صدمية أخرى أو إلى تفسيره لما يدركه حوله من مؤشرات (هاديات) على أنها دليل علـى أنـه سوف يفقد قدرته على التحكم في نفسه أو أنه في سبيله إلى الجنون.

4- طور العمل على مواجهة الواقع:

تتمثل الاستجابة العادية لهذا الطور في تنشيط آليات مواجهة الواقع أي واقع ما حدث والعمل على استيعابه ،أما الاستجابات المرضية في هذا الطور، فتتمثل في حالات القلق والاكتئاب أو التغيرات النفسية الجسمية أو التغير في طبائع الفرد ،مثل افتقاد القدرة على العمل أو الحب ونقص الفاعلية في الحياة.

في هذه المرحلة تحدث الاستعادة التدريجية لحالة الاتزان التي تنتهي بحالة الاكتمال النسبي التي تتمثل في معالجة معنى الحدث الصدمي وتجهيزه كي تتمثله الذات داخل الخطط المعرفية .

5-طور الاكتمال:

يتميز هذا الطور باكتمال عملية تجهيز المعلومات المتعلقة بالحدث الصدمي،حيث يتصف الفرد هنا باستعادته لتوازنه ولفاعليته في الحياة ومواصلته لأدواره ووظائفه ومسؤولياته فيها.

أما الفشل في هذا التقدم فيعني تغيرا في شخصية الفرد ،يتضح في عدم القدرة على العمل أو التفاعل مع الآخرين والتواصل معهم.

إن عملية اكتمال معالجة المعلومات تستمر حتى تصبح المعلومات الجديدة جزءا من النماذج طويلة المدى والخطط المعرفية الداخلية[1].

بناء على ما سبق عرضه، لاحظنا أن نموذج معالجة المعلومات لهوروويتز لم يتضمن الأفكار النفسية الكلاسيكية فقط، بل تضمن أيضا أفكار النظريات المعرفية للانفعال ومعالجة وتجهيز المعلومات، وقد استمر في تطوير النموذج وضمنه أفكارا جديدة كذلك حيث لاحظ أن المساندة الاجتماعية القوية والايجابية تساعد في حماية الفرد ضد تطوير أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة وعلى الرغم من أن نموذج هوروويتز يعد من النماذج الأكثر فهما وشمولية إلا أنه اخفق في الإجابة عن أهم التساؤلات في هذا الميدان

---

[1] الرشيدي ، بشير مجلد 1 ،(2001) مرجع سبق ذكره، ص ص.91-97

والمتمثلة في لماذا يطور بعض الأفراد اضطراب الضغوط التالية للصدمات ،ويتعـرض آخرون للحدث الصدمي نفسه ولا يطورون أعراض الاضطراب؟

كذلك فان الإجراءات العيادية التي اقترحها النموذج اقـل وضـوح واقـل قابليـة للاختبار من الإجراءات التي استخلصت من بعض النماذج الأخرى[1].

2) نموذج شبكة الذاكرة القائمة على الخوف:

ينتمي نموذج فو وآخرون **(Foa et al.,1986)** إلى نماذج المعالجـة المعرفيـة و حسب هذا النموذج تتطور شبكة للذاكرة قائمة على الخوف " لـدى الفـرد المصـدوم و وتتضمن معلومات مرتبطة بعدد من المكونات التي تشمل:

1- المثيرات المتعلقة بالصدمة

2- استجابات الصدمة (أفكار، مشاعر، سلوك)

3- معنى منبهات الصدمة

4- الاستجابات المتوالية لعملية الصدمة

ويفترض هذا النموذج أن اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية ينشأ عندما تصبح المواقف أو الأشخاص أو الأشياء التي كانت قبل الصدمة تتميز بالأمن والسـلامة مرتبطة بخطر بالغ الشدة أثناء الصدمة، وتؤدي أعراض معـاودة الخبـرة (الـذكريات والكوابيس) إلى حالة من العجز لدى الفرد في تنشيط شبكة الخوف داخل مدى أوسع يكفي لتعديل عناصر الذاكرة ،ولكن تجنب التفكير في الصدمة أو مناقشتها تعترض تنشيط هـذه الشبكة واستدماج المعلومات المتعلقة بالصدمة ،لذا فان إحداث تعديل في مركب الخـوف، يحتم تنشيط الذاكرة ،والعلاج المعرفي السلوكي يفيد كثيرا المصدومين في تحقيـق ذلـك الهدف[2].

---

[1] Kendall, p.c; Hammen, c (1995) Abnormal psychology; Nex Jersey Houghton Mifflin Company, p180

[2] الرشيدى بشير و اخرون، مجلد(1)،(2001)، مرجع سبق ذكره ص. 57 ، 97

ويستند هذا النموذج على نظرية لانج **Lang** في الانفعال ،فقد افترض لانج شـبكة من الذاكرة الدلالية لنقاط الاتصال البينية للمعلومات ،وقد افترض كل من فـوا وسـتكتي وروثبوم **(Foa- Steketted- Rothboum,1989)** .

أن الأحداث الصدمية تخلق شبكات خوف كبيرة ومعقدة تنشط سريعا بسبب العـدد الهائل من الاتصالات البينية المكونة من خلال الاشراط والتعميم، وعلى هذا يمكن اقتران المنبهات المحايدة بالخوف وهذا يقودنا إلى أن الإحساس بالعجز عن التنبؤ، والعجز عـن التحكم ،يعد من العوامل المهمة في تطـور واسـتمرار اضـطراب الضـغوط التاليـة للصدمات(1).

ويوضح نموذج فوا **Foa** أن منبهات الخوف ليست ذاكرة وان اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية يكون مختلفا عن أي اضطراب أخر من اضطرابات القلق، بسبب كثرة عناصر الاستجابة التي خلقت الاستثارة الفسيولوجية والنفسية، وحجم بنية الخـوف (قابليتها للتعميم)وسهولة الوصول إلى الشبكة المتعلقة بالصدمة وفي ذلك تعمل الصـدمة على العصف بالفرضيات والمواقف التي كانت تعتبر في السابق جوانب أمنـة وسـالمة، ولكنها تصبح علامات للخطر، وهكذا تصبح الحدود بين السلامة والخطر غير واضـحة ،الأمر الذي يترتب عنه تناقص القدرة على الضغط والتحكم(2).

وافترض فوا وكوزاك **(foa – kozak)** أن مركب الخوف الـذي يشـتمل علـى مكونات معرفية، ووجدانية ،يتضمن أيضا معنى للحادث على أنه خطـر أو افترضـا أن المتغير المسبب الذي يفرق بين اضطراب الضغوط التالية للصدمات واضطرابات القلـق هو عزو الفرد لمعنى الخطر إلى المنبهات التي ترتبط بالأمان فيما سبق(3).

---

(1) Barlow, DH, (1993), Op.cit, P. 53.

(2) الرشيدي ، بشير مجلد1 ، (2001)، مرجع سبق ذكره ص.98.

(3) عبد الخالق ،احمد،(1998)،مرجع سبق ذكره ص. 166.

3) نموذج الأبنية المعرفية cognitive Structures :

يعتمد النموذج الذي يقدمه ماك كان وبيرامان(Mac Can Pearlman,1990)

على التكامل بين بعض النظريات وخاصة نظرية الـذات والنظريـة المعرفيـة، ويسمى هذا النموذج كذلك بنموذج البنائية ،ويتميز هذا النموذج بأنه يعطي أهمية كبيـرة لفردية الشخص ضحية الصدمة، ويرى هذا النموذج أن الأفراد يطـورون فرضـيات أو معتقدات أو توقعات محورية في مجالات الحاجات الأساسية تعرف بـالخطط المعرفيـة Schemas وتتأثر هذه الخطط بالصدمة إلى أقصى حد.

فالصدمة تمزق الخطط المعرفية وتعطل قدرة الفرد على استخدام تلـك الخطـط بأساليب فعالة، لذا يركز ماك كان وبيبرلمان على الاستجابة للصدمة، وليس على الصدمة في حد ذاتها، فالأفراد يتمتعون بمقدرة كامنة على بناء واقعهم الشخصي كلما تفاعلوا مـع بيئتهم وفق هذا النموذج، فإن كل فرد يكون قد نظم معتقداته الرئيسية عن الكيفيـة التـي يسلك ويعمل بها، ويستخدم الفرد مهاراته (مهارات الأنا) في دعـم الـذات أو تـدعيمها، بعبارة أخرى فان الفرد يبنى واقعاً وينظم تقدير الذات من خلال خططه المعرفية ولكـن الصدمة تمزق التوازن بين هذه المعتقدات محدثة حالة من الجمود والاضطراب ويحـدد ماك وبيبرلمان نظاماً

من الخطط المعرفية (أو تعبيرات الصدمة المتعلقة بها (ب)).

أ	ب
الإطار المرجعي	لماذا يحدث هذا لي
السلامة	أنا خائف على نفسي
الثقة	لا أستطيع أن أعتمد بارتياح على أي شخص
الثقة بالنفس	لا أستطيع أن أصر أحكاماً لحماية ذاتي
الاستغلال	لا أقدر على التحكم في سلوكي أو مصيري
القوة	أشعر بالعجز إزاء تأثير الآخرين
التقدير	لم يعد لدي تقدير لذاتي
الود	اشعر أنني مضطرب أو بعيد عن الآخرين

ومما يركز علية هذا النموذج أن كل خطة من الخطط المعرفية، يتم تقييمها وتحديد أولويتها داخل نسق بنية الذات لدى الشخص، لذا تعتبر الصدمة خبرة مدمرة، لانها تمزق العناصر المحورية للوجود لدى الشخص[1]

4) **نموذج التقدير المعرفي Cognitive Appraisal :**

يقوم نموذج جانوف بولمان وايشتاين للتقدير المعرفي **(Janoff Bulman Epstein)** على الافتراضات الأساسية التي يكونها كل فرد عن العـالم، ويـرى النمـوذج أن الأحـداث الصدمية تمزق هذه الافتراضات عن الذات والعالم، لذا ينظر إلى اضـطراب الضـغوط التالية للصدمة على انه استجابات للمواجهة غير التكيفية اتجاه عجـز هـذه المعتقـدات الأساسية وهذا ما يوضحة جانوف - بولمان من خلال الفرضيات الأساسية وإيشتاين من خلال المعتقدات الرئيسية وعددها عند الاثنين ثلاث مكونات فرضية وهي كما يلي:

---

[1] الرشيدى، بشير، مجلد 1، 2001، مرجع سبق ذكره، ص ص.98، 100.

- **الفرضيات الأساسية الثلاث (حسب جانوف بولمان):**

أ- الاعتقاد في الحصانة أو المناعة الشخصية.

ب- إدراك العالم على انه ذو معنى ويمكن فهمه.

ج- النظرة إلى الذات من منظور إيجابي.

- **المعتقدات الرئيسية الثلاث (حسب إيشتاين):**

أ- العالم خير ومصدر للبهجة.

ب- العالم ذو معنى ويمكن ضبطه.

ج- الذات جديرة (بالحب وطيبة ومقتدرة).

يبنى الفرد لنفسه "نظرية شخصية عن الواقع" لها وظائف رئيسية:

أ- أن يحتفظ الفرد بتوازن معقول بين اللذة والألم.

ب- أن يستوعب بيانات الواقع بطريقة يمكن التعامل معها.

ج- أن يحتفظ بمستوى معقول لتقدير الذات.

د- الحاجة إلى الارتباط بالآخرين.

من خلال التفاعل بين عمليتي الاستيعاب **Assimilation** والتكيف أو المواءمة **Accomodation** تتغير هذه النظرية الشخصية لدى الفرد.

تتحقق هذه العملية في الحالة العادية دون مشاكل، لكن في حالة الحدث الصدمي الشديد، قد يكون الفرد عاجزاً عن استيعاب الخبرة الصدمية داخل النظرية القديمة عن الواقع.

و يفسر هذا النموذج المعرفي اضطرابات الضغوط التالية للصدمات على أنها تنشأ كرد فعل للحدث المهدد الذي يعصف وعلى مستوى عميق من الخبرة بهذه الفرضيات أو المعتقدات الرئيسية الشخصية عن الواقع [1].

---

(1) نفس المرجع السابق: ص ص. 100،101.

ح- النظرية التكاملية :

بناء على ما سبق من تفسير سيكولوجي لاضطرابات الضغوط التالية للصدمات الذي يزخر بعدد من النظريات والنماذج التصورية التي تسعى إلى تفسير نشأة هذا الاضطراب وتطوره وأسبابه والصورة العيادية الناتجة عنه حيث يشيع في هذا الميدان "ميدان علم الصدمات النفسية"نظريات متميزة في تفسير اضطرابات الضغوط التالية للصدمات ولقد عرضنا النظرية الفسيولوجية العصبية والنظرية السيكودينامية والنظرية السلوكية والنظرية النفسية الاجتماعية والنظرية السلوكية والمعرفية ولاحظنا كيف حتى أحيانا تتعدد النماذج النظرية داخل النظرية الواحدة .

تأثرت طبعا هذه النظريات في معظمها بالخلفية الثقافية وبالأحداث التاريخية والصدمية التي عاشها أصحاب تلك النظريات مثل خبرات الحربين العالميتين الأولى والثانية أو حروب كوريا وفيتنام وكذلك خبرات الكوارث الطبيعية والحوادث وجرائم العنف وبالرغم من الاختلافات وتباين الاتجاهات في النظريات والنماذج المفسرة لاضطرابات الضغوط التالية للصدمات إلا إنها تتفق في أبعاد التأثير التالية للأحداث الصدمية على الإنسان :

1- حدوث تغيرات في الحالة النفسية الحيوية مثل اختلال التوازن وزيادة إفراز مادة الكاتيكولامين في الجهاز العصبي.

2- تغيرات في السلوك المتعلم من خلال الاشراط الكلاسيكي أو الاشراط الإجرائي.

3- تغيرات في معالجة المعلومات بما فيها معتقدات وقيم وعمليات الذاكرة والتعلم والتركيز لدى المصدوم.

4- تغيرات في بنية الذات والعلاقات المستهدفة.

5- تغيرات في العلاقات الشخصية المتبادلة والتوجه نحو المجتمع (مثل الاغتراب).

6- طبيعة الأحداث الضاغطة كما تدرك داخل ثقافة معينة وفي فترة تاريخية معينة وفي مدى زمني معين.

وتبعا لهذا التعدد والاختلاف كان من الضروري البحث عن نظرية تكاملية تجمع بين تلك النظريات وتحقيق مبادئها داخل إطار جديد أكثر شمولية واقتصادية، وفي هذا يقدم جون ويلسون إطار لنظرية كلية عن اضطرابات الضغوط التالية للصدمات، يستند إلى مدخل تفاعلي بين خصائص الشخص وأبعاد البيئة التي يقع فيها الحدث الصدمي ويحدد عدة عناصر مكونة للنظرية التكاملية المفسرة لاضطراب الضغوط التالية للصدمة والتي نعرضها فيما يلي:

1) متغيرات الشخص :

يؤكد المدخل التفاعلي في تفسير الضغوط التالية للصدمات، أهمية متغيرات الشخص، أي متغيرات الشخصية في تحديد ردود الأفعال للأحداث الصدمية وتتضمن أبعاد الشخصية، الدوافع والسمات والمعتقدات والقيم والقدرات والأبنية المعرفية والمزاج والأساليب الدفاعية وأساليب المواجهة.

2) المتغيرات البيئية والموقفية :

تشتمل المتغيرات البيئية والموقفية على الأبعاد الأربعة التالية:

أ. أبعاد الخبرات الصدمية.

ب. خبرة الصدمة.

ج. تركيب الصدمة.

د. بيئة ما بعد الصدمة.

أ. أبعاد الخبرات الصدمية: يمكن تحديد أبعاد كثيرة منها :

- درجة تهديد الحياة.
- احتمالات الخطر ومعدلاته.
- درجة الحزن والأسى أو فقدان أشخاص عزيزين.
- طول مدة الضواغط ودرجة شدتها.
- درجة إزاحة الأفراد من أماكنهم أو تهجيرهم.
- التعرض للموت أو الإصابة والأذى أي التخريب أو الفوضى الاجتماعية.
- درجة الصراع المعنوي الكامن في الموقف والدور في الصدمة.
- موقع الصدمة (المنزل أو ساحة القتال).

- تعقيد الحدث الضاغط.
- تأثير الصدمة على المجتمع.

و يظهر انه كلما ازدادت الأبعاد التي تتضمنها الصدمة تزداد احتمالات حدوث عواقب مرضية أكثر، ومن شأن التفاعل بين متغيرات الشخصية والمتغيرات البيئية والموقفية (مثل التكافل الاجتماعي والمصادر الاقتصادية) مع أبعاد الضواغط، أن يحدد درجة التوافق التالي للصدمة.

ب. خبرة الصدمة:

تختلف الأحداث الصدمية حسب خبرة الفرد بها، فقد يعيشها لوحده أو مع أشخاص آخرين أو في سياق خبرة مشتركة، فحينما يعيش الفرد الصدمة، ويخبرها لوحدة، فانه يشعر بالخوف والعجز وبأنه ضحية، أما خبرته داخل الجماعة فيكون تأثيرها مختلفاً، حيث تؤدى العمليات الاجتماعية النفسية ومعايير النظام في المجتمع دوراً وسيطاً في تحديد أثار الصدمة، أما عندما يتأثر المجتمع كله بالصدمة، فإنها تصبح كارثة تؤثر على المجتمع ككل وتفقده العديد من الأنظمة الخاصة به واللازمة للتوافق الاجتماعي، خاصة إذا كانت درجة الدمار أو التحزيب شديدة، ويطلق ايريكسون على ذلك مصطلح "فقدان المجتمع" ليصف بها الصدمة الفردية والاجتماعية الشاملة على نحو ما حدث في كارثة سد "بافالوكريك" إزاء الفيضانات بالولايات المتحدة الأمريكية، فهذه الكارثة لم تؤد فحسب إلى تعرض الأفراد إلى الموت والدمار والتشرد، ولكنها محت أنظمة كثيرة للتكافل الاجتماعي والثقافي اللازم للتكيف ولاستعادة فاعليتهم في الحياة[1].

3) تركيب الصدمة:

تشتمل الخبرات الصدمية على ضواغط أو ضغوط متعددة مثل الحروب، التي تتضمن التعرض للموت وتهديد الحياة والضرر، وقد تكون البنية النفسية للصدمة معقدة أو بسيطة نسبياً حيث يشير تعقيد تركيب الصدمة إلى مقدار المكونات الفرعية الكامنة في الصدمة، وعدد الاختيارات المتعارضة أو المتصارعة مما ينبغي اتخاذ قرار من بينها، وكذلك درجة الغموض التي قد تشوب الأفعال البديلة الممكنة في الحدث الصدمى.

---

[1] الرشيدى، بشير و اخرون، مجلد 1،(2001)، مرجع سبق ذكره، ص.126.

4) بيئة ما بعد الصدمة :

يمكن تصنيف الوسط الذي يوجد ما بعد التعرض لأحداث صدمية شديدة حسب أربعة أبعاد رئيسية :

1. مستوى التكافل الاجتماعي والاقتصادي والشخصي والذي يعتبره بعض العلماء بمثابة "غشاء الصدمة" **Trauma Membrane** الذي يعنى مقدار ونوع ما يتوفر في المجتمع من توجه لدى الآخرين ليشكلوا غطاء واقيا من الدعم والتكافل حول الضحايا لتحصينهم إزاء الضغوط التالية للصدمة.

وتكون فاعلية معالجة آثار الصدمة النفسية واستعادة الفاعليات في الحياة متوقعة على مستوى آليات وفرص الدعم والتكافل بعد الحدث الصدمى.

2. الطقوس الثقافية للمجتمع التي تسهم في مساعدة الأشخاص الذين يعانون محنة أو ضيقاً، انفعاليا مثل الاحتفال بذكرى الشهداء، أو أعياد التحرير أو النصر وقد تكون بعضها تعبيرات جمعية ترتبط بالحدث الصدمى تساعد في علاج الأشخاص المصدومين وأشفائهم.
3. الاستجابات والاتجاهات الاجتماعية نحو الأشخاص المصدومين والحدث الصدمى: تعتبر جوانب هامة لتوفير بيئة إستشفائية أو علاجية للمصدومين.

توفير المصادر التي تساعد الأفراد المصدومين على استعادة فاعليتهم وذلك من خلال اختيار عمل أو مهنة أو تلقى تعويضات وتحمل المسئولية الشخصية، وكذلك دعم الهوية الشخصية التي تدرك لذاتها معنى داخل الثقافة الخاصة بالمجتمع والشعور بالكيان الشخصي للفرد المصدوم وقدرته على العطاء.

3) الاستجابة الذاتية الفردية للصدمة :

يستجيب الفرد إزاء الحدث الصدمى بخمسة أبعاد، يمكن أن تكون منفصلة ولكن تتكامل فيما بينهما، وتتعامل مع بعضها البعض وهي كالتالي :

3-1 البعد الفسيولوجي العصبي :

ينتج عن التعرض إلى أحداث صدمية، تغير في النشاط الغدى والكيميائي العصبي، ويمكن رد هذه العمليات الفسيولوجية العصبية إلى ثلاث فئات من الأسباب :

أ- فرط الاستثارة.

ب- حالات الإحجام – الاكتئاب.

ج- حالات الاتزان.

ففي حالة فرط الاستثارة يرتفع نشاط مـواد الكـاتيكولامين مـن النورادرينـالين والسيروتونين والدوبامين إلى حد يفوق تحملها.

وفي حالة الإحجام – الاكتئـاب: يـزداد نشـاط مـواد الكـولين، الكورتيسـول والاسيتكولين الذي ينتج عنه أعراض الاكتئاب والسلوك الإحجامى أما في حالة الاتـزان فلا يؤدى التعرض للصدمة إلى استجابة مرضية.

وتختلف هذه الحالات الفسيولوجية العصبية من حيث المدة والشدة والدورية استنادا إلى تنشيطها بواسطة المنبهات الخارجية أو من خلال التعلم الترابطـي ويمثـل التنشـيط المزمن لدورة فرط الاستثارة – التجنـب (الإحجـام) الأسـاس الفسـيولوجي العصـبي لاضطرابات الضغوط التالية للصدمات **(PTSD)**.

3-2 البعد الدافعى:

قد تؤثر الأحداث الصدمية في التنظيم الدافعي للشخصـية (الحاجـة إلـى الأمـن والسلامة، والتواد والإنجاز والقوة وتحقيق الذات).

و تؤدى الخبرة الصدمية إلى تنشيط هذه الدوافع أو إلى أن تظل مستقرة أو تطـور دوافع جديدة أو تحول دوافع جديدة أو تحول دوافع قديمة إلى وجهات جديدة، وقد يرجـع ذلك إلى التنافر المعرفي أو عدم الاتزان المعرفي، وما قد ينجم عنه من تطـور بعـض المعتقدات والقيم التي قد تساعد على إحداث تغير في طبيعة الحاجـات الأساسـية وفـي تنظيمها.

3-3 البعد الانفعالي:

إن الأحداث الصدمية تخلق ردود أفعال انفعالية قوية لدى الأفراد الذين يواجهونها، فتغير الاتزان النفسي لديهم، فهي تغير بشكل جذري من المستويات المثلى للاستثارة على المستوى النفسي، ويختلف الأفراد فيما يخبرونه ذاتياً ويواجهونه من استثارة الجهاز العصبي التلقائي والإفرازات الغدية نتيجة لما تفجره الخبرات الصدمية المهددة، فبعض الأفراد يشعرون بالانغمار الانفعالي وبخوف وقلق وضيق كبير إلى درجة العجز عن تعبئة طاقتهم الذهنية ومصادرهم الشخصية لحل ما يواجههم من مشكلات وهناك أشخاص آخرون ينغلقون انفعاليا إزاء تلك الأحداث الصدمية ويستجيبون بحالة من الخدر الوجداني، حيث تقل عند الفرد القدرة على التعبير عن مشاعره وتقل حدة وكم استجاباته الانفعالية.

4-3 البعد المعرفي:

تشير الاستجابات المعرفية للصدمة سواء الفورية أو البعيدة المدى إلى أساليب مميزة في معالجة المعلومات أو في فهم ما حدث، وتشمل العمليات المعرفية على عمليات متعددة الأبعاد تتضمن ما يلي:

أ- إدراك الأحداث الصدمية.

ب- تقدير الموقف الصدمى.

ج- عزو أسباب الحدث أو الأحداث الصدمية.

د- تكوين مخطط معرفي للفعل والسلوك.

و يمكن هكذا تحديد خمسة أساليب معرفية لمعالجة المعلومات فيما يتعلق بأبعاد المتغيرات البيئية والموقفية وتشمل الأساليب التالية:

أ- الإنكار المعرفي Cognitive Denial :

و يعنى ميل الفرد إلى الإنكار أو تجنب الحدث الصدمى عن طريق إغلاق إدراك الحدث، أو من خلال تقدير الموقف على انه لا يتطلب عونا من الآخرين أو عزو أسباب الحدث إلى أمور تقلل من المسئولية اتجاه الحدث أو تجنب المواقف التي تستدعى ذكريات الحدث أو بمشاعر الذنب.

ب- التحريف أو التشويه المعرفي Cognitive Distortion :

و هو آلية تساعد الفرد على تفادى مشاعر القلق الحاد، كما أنه أسلوب معروف يعمل على خفض المنبهات الداخلية ويتضمن درجة عالية من الانتباه الانتقائي وعدم تحمل الضغوط بسبب الاستثارة الانفعالية والمستوى المنخفض من البحث عن المعلومات.

ج- التقدير المعرفى Cognitive Appraisal :

الدقيق لأحداث الصدمة وتقييمها بشكل واقعي وصحيح ومناسب الأمر الذي يمكن الفرد من الاستجابة للمواقف بفاعلية وتكيفية ومن زيادة المنبهات الداخلية والبحث عن معلومات جديدة وضرورية.

د- التفكك Dissociation :

و يشير إلى التغير في الوعي أو الهوية أو السلوك وهو آلية معرفية موجهة إلى حفظ سلامة الفرد، حيث يحاول الفرد تجنب مواقف الصراع أو التهديد التي تخل باتزانه النفسي.

هـ- معاودة الخبرة Re experiencing :

ببعض عناصر الحدث الصدمى في مخيلة الفرد ووجدانه، والتي تعد مكونا رئيسياً من مكونات اضطرابات الضغوط التالية للصدمات وتتمثل في التفكير الاقحامى **Intrusion** باعتباره آلية معرفية تشير إلى الحضور المفاجئ والتلقائي واللاإرادي لصور بصرية أو ذكريات مؤلمة وينطوي ذلك على وجود حالة من الكبت أو التجنب اللاشعوري عن المخيلة الفاجعة أما الإقحام الذي يأخذ شكل الاستجابة الحادة أو المستديمة فيعنى وجود عبئ نفسي زائد وانغمار للفرد بانفعالات وصورة مكدرة ،الأمر الذي يستنفذ قدراً كبيراً من الطاقة النفسية.[1]

5-3 بعد المواجهة Coping :

يعطى لازاروس وفولكمان **(Lazarus & Folk Man,1984)** تعريفاً للمواجهة كما يلي:

---

[1] الرشيدى، بشير، مجلد 1،(2001)، مرجع سبق ذكره، ص ص. 121، 131.

«حالة من التغيير المستمر للجهود المعرفية والسلوكية من اجل الـتحكم فـي المطالـب الخارجية أو الداخلية أو في كل تلك المطالب والتي يجرى تقديرها على أنها عبئـاً علـى مصادر الفرد أو إمكاناته أو تفوقها وتتجاوزها»[1].

ويمكن تحديد أربعة أنواع لاستجابات المواجهة للأحداث الصدمية فيما يلي :

أ- المواجهة الوسيلية Instrumental Coping :

وتعني محاولات حل المشاكل من اجل التحكم بشكل مباشر فـي المطالـب التـي تفرضها الضغوط في الموقف وتتضمن مخططا معرفيا للفعل والعمل.

ب - المواجه التعبيرية Expressive Coping:

وتتصف بمحاولات خفض الاستثارة الانفعالية والشعور بالضيق من خلال بعض الاستراتيجيات المعرفية والانفعالية وتتمثل التعبيرات الانفعاليـة فـي الغضـب والغـيظ والخوف والقلق والأنين والشكوى وغالبا ما تكون هذه الانفجارات الانفعاليـة مصـحوبة باليات معرفية من الإنكار أو التحريف أو التفكك أو الاقتحام والتي تحاول نقص الشـعور بالضيق عن طريق خفض أو زيادة المعلومات من خلال استجابات موجهة نحو المحافظة على السلامة إزاء التهديد والاستهداف للخطر وينتج عن هذا الأسلوب من المواجهـة ،أن تتأثر سلبا العمليات المعرفية الرئيسية وهي : الإدراك، والتقدير وعزو الأسباب وتكـوين مخطط معرفي للفعل والعمل ،وتشمل العواقب السالبة مشاعر العجز واليـأس والخـدر النفسي وعمليات دفاعيه من الإنكار والكبت.

جـ- إعاده البناء المعرفي Cognitive Restructuring :

وهي مواجهة عن طريق إعادة التقدير المعرفي وإعادة بناء الأفكـار والمشـاعر المتعلقة بالضواغط التي خبرها الفرد، ومن شأن الأسلوب الايجابي فـي إعـادة البنـاء المعرفي أن يندمج الفرد في معرفة تعمل على زيادة معالجة المعلومات عن طريق توسيع نطاق الانتباه إلى خصائص مجال المنبهات وعناصرها .

- البحث النشط والمثابر عن بيانات جديدة متعلقة بحل المشاكل.

---

[1] Lazarus, R.S & folk man, (1984) stress appraisal and coping, op .cit.P. 41.

- بناء مخططات معرفية بديلة للعمل والفعل.

أما الأسلوب السالب لإعادة البناء أو التقدير المعرفي فان الشخص يميل إلى استخدام عمليات دفاعيه مثل الإنكار أو التحريف لمواجهة الحدث الضاغط وتؤدي إعادة البناء المعرفي السالب إلى تغير عمليات الإدراك والتقدير وعزر الأسباب وتكوين مخططات معرفية للفعل والعمل ،كما تعمل على خفض مستوى الضيق والاستثارة الانفعالية، وقد تصل في الحالات الشديدة إلى تعويق التوظيف التكيفى ما دام الفرد يفشل في معالجة وتمثل المعلومات اللازمة للسلوك الفعال ولمحاولات التمكن من الموقف الضاغط.

د- المواجهة القائمة على مرونة التكيف والقابلية لاستعادة التوازن Resilient Coping:

و يشير هذا النوع من المواجهة إلى مقدرة الفرد على إبداء المرونة والتمكن من الأحداث الضاغطة بشكل مستمر دون إخلال بالاتزان النفسي، ويعتمد الفرد في ممارسة هذا النوع من المواجهة على عمليات معرفية دقيقة في إدراك الحدث الصدمى وتقديره وعزو أسبابه ونتيجة لذلك فإنه يستطيع أن يطور لنفسه مخططات معرفية فعالة للأداء والعمل، تتمثل في إستراتيجية سلوكية أو في شكل من أشكال إعادة التقدير المعرفي.

4) التكيف التالي للصدمة:

يبدى الأفراد تكيفاً للأحداث الصدمية في الحياة بأساليب متنوعة وكثيرة، حيث يتراوح نمط التكيف التالي للصدمة من الاضطرابات النفسية الشديدة إلى تحقيق الذات والتسامي بالنفس[1].

والشكل التالي يبين العناصر المكونة للنظرية التكاملية .

---

[1] الرشيدى، بشير، مجلد 1، (2001)، مرجع سبق ذكره، ص ص. 124، 132.

الشكل رقم (3-1)

يمثل العناصر المكونة للنظرية التكاملية عن ردود افعال الضغوط التالية للصدمات

مدخلات معالجة الصدمة

متغيرات الشخص، المتغيرات البيئية و الموقفية

ش ب

الدوافع

1) **ابعاد الصدمة**

- الحزن و الاسى
- الخطر المحدق
- طوال المدة (الشدة)
- الازاحة / التجهيز
- التعرض للموت
- الصراع المعنوى
- الدور فى الصدمة
- الموقع (المكان)
- إحتمال معاودة حدوث الصدمة
- تهديد الحياة
- تعقد الضواغط
- تأثير الصدمة على المجتمع

2) **خبرة الصدمة**

- بمفرده
- مع الآخرين
- جماعية (لكل المجتمع)

3) **تركيب الصدمة**

- ضاغط واحد
- ضغوط متعددة
- معقدة مقابل بسيطة
- طبيعية مقابل من صنع الانسان

أشكال الاستجابة للضغوط كما يحددها التفاعل (شخص×بيئة)

الاستجابة الذاتية الفردية للصدمة

1) **الانفعالية**

- الضيق الانفعالى
- الخدر الوجدانى
- الاتزان الانفعالى

2) **المعرفية**

- الانكار / التجنب
- التشويه المعرفى
- التقدير السليم
- التفكك
- التفكير الاقحامى

3) **الدافعية**

- مستثارة
- غير مستثارة

4) **الفسيولوجية العصبية**

- الاستثارة الزائدة
- الاكتئاب
- الاتزان

5) **المواجهة**

- وسيلية
- انفعالية
- إعادة البناء المعرفى

أ- الموجب

ب- السالب

ج- إستعادة التوازن

التكيف التالى للصدمة

1) **المرضى**

- PTSD
- اضطرابات أخرى

2) **غير المرضى**

- تغيير الشخصية
- تغيير الطابع
- النسق الارتقائى للحياة

أ- تكثيف المراحل الارتقائية

ب- التقهقر

4) **بيئة بعد الصدمة**

- مستوى التكافل
- الطقوس الثقافية لمواجهة الصدمة
- الاتجاهات المجتمعية نحو الحدث
- الفرص المتاحة

مستمد من: الرشيدى و اخرون، مجلد 1، (2001)، مرجع سبق ذكره، ص123.

بناء على ما سبق من تفسيرات سيكولوجية وبيولوجية لاضطراب الضـغوط التاليـة للصدمة، رأينا أن :

- اضطراب الضغوط التالية للصدمة ينشأ نتيجة أسباب متعددة قد تكون بيولوجيـة، وقد تكون نفسية اجتماعية أو قد تكون معرفية سلوكية، فهو يختلـف حسـب الأحـداث الصدمية التي يتعرض لها الفرد والسياق التي حدثت فيـه. لهـذا يجـب النظـر إلـى اضطرابات الضغوط التالية للصدمة من منظور تفاعلي يشمل جميع المتغيرات السابقة في نموذج تكاملي أشمل، فالأسباب التي عرضناها في ما سبق قد تجتمع معاً ليستجيب الفـرد المتعرض للحدث الصدمي باضطراب الضغوط التالية للصدمة لـذلك يعتبـر النمـوذج التكاملي لتفسير اضطرابات الضغوط التالية لصدمة أفضل النماذج واشملها وهو النموذج الذي سوف نتبناه في الدراسة الحالية لتفسير نتائجها وبهذا نكون قد عرضـنا النظريـات المفسرة للاضطراب موضوع الدراسة.

ثانياً: استراتجية علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

إن التدخل العلاجي لاضطراب الضغوط التالية للصدمة ضرورة اجتماعية وإنسانية، يسهر على توفير أنسب الاستراتيجيات وأكثرها فعالية في معالجة الاضطراب واستعادة فعالية المصدوم[1].

وقد تكمن الأهداف الأساسية من استخدام الإرشاد والعلاج النفسي لاضطراب الضغوط التالية للصدمات في عدد من النقاط الايجابية التاليـــة :

1- تحسين وتقوية ثقة المصدوم في نفسه وفي غيره.

2- خلق الإحساس بقدرته على تحقيق التوافق الذاتي مع نفسه والتوافق الاجتماعي مع غيره.

3- خلق الإحساس بقدرته على ممارسة مهارات إنجازاته في الدراسة أو العمل.

4- منع الإحساس بتكرار واستمرارية الفشل والعجز.

5- تغيير رؤيته السلبية لنفسه إلى رؤية ذاتية إيجابية في كافة ميادين الحياة.

---

[1] الرشيدي وآخرون 2001 مجلد 2، مرجع سبق ذكره، ص. 75.

ويمكن التوصل إلى هذه الأهداف وتحقيقها إلى خلال الإرشاد النفسي الفردي أو خلال العلاج النفسي الجماعي[1].

تتعدد مدارس العلاج النفسي لاضطراب الضغوط التالية للصدمة فقد طورت برامج علاجية متعددة للناجين من الأحداث الصدمية وطوروا اضطراب **PTSD**، وسوف نتناول بعض منها والتي تتمثل في :

- العلاج الطبي
- العلاج النفسي الدينامكي
- العلاج السلوكي
- العلاج المعرفي، السلوكي والعلاج الاجتماعي بالإضافة إلى التطرق إلى بعض الاتجاهات الإرشادية العلاجية.

آ- العلاجـات الطبيـة البيولوجيـة :

أسهمت نتائج الدراسات البيولوجية في توضيح التغيرات والاختلالات الحيوية والعصبية الناتجة أو المصاحبة لاضطراب الضغوط التالية للصدمة، وهذا ما ساعد الكثير في إيجاد علاج طبي لهذا الاضطراب من أجل القضاء عليه أو التخفيف منه.

يختلف العلاج الطبي باختلاف الحالات، ولذلك تظهر عدة محاولات إكلينيكية لهذا النوع من العلاج، ويبقى النوع الأكثر استخداما عند الأطباء النفسانيين. حيث أن اكتشاف الأدوية الأولى كان في بداية 1950، حيث صنفت إلى فئات رئيسية[2] وهي كالتالـ ـي :

---

[1] ماهر عمر،(2007)، مرجع سبق ذكره، ص. 153-154.

[2] Goefroid, J O. (1991). Opicit. P.723.

1/- مضادات الاكتئاب ***Antidepressants.***

تفيد مضادات الاكتئاب في تثبيط النشاط الفسيولوجي الزائد أو تحسين دورة النوم / الأحلام المزعجة أو إضعاف الاستثارة السمبتاوية الزائدة أو خفض القلق.

وتعتبر مضادات الاكتئاب ثلاثية الدورة **Tricyclie Antidepressants (TCA)** ومثبطات إعادة الاختصاص الانتقائي للسروتونين **Selective Serotinin Reptake Inhibitors (S.S.R.I)**.ومثبطات الانزيمات المؤكسدة أحادية الأمينات. **Monoamine Oxidase Inhibitors (M.A.O.I)** بمثابة الخط الأول للعقاقير التي تستخدم بفاعلية في علاج اضطرابات القلق، بما فيها اضطراب الضغوط التالية للصدمة. وتعمل مضادات الاكتئاب على رفع في تركيز النور أدرينالين والسيروتونين في مستوى المشابك.

الجدول رقم (6-1)

يبين الفئات الرئيسية لبعض المضادات الاكتئاب "الأثار والمزايا" [1] .

الـفـئـــــــة	العقاقيـر الممثلـة	الـمـزايا	الأثار الجانبيـة
مضادات الاكتئاب ثلاثيـة الـدورة **(T.C.A)**	أميترابيتايليـــن **(Amitriptyline)** اميبراميـــن **(Imipramine)**	يساعد على النـوم - التهدئـة - يساعد على التحمل	يسبب دوار أو خمول تشـوش أو إمساك
مثبطات إعـادة الإمتصاص الإنتقائي للسيروتونين **(SSRI)**	فليوكسيتيـن **(Fluoxetine)** سيرترالين **(Sertraline)**	- أكثر أمانا من حيث أخذ جرعات زائدة. - يسكن بدرجة أقل.	قد يسبب أرقا، أو تهيجا، أو اضطراب في الوظيفة الجنسية - اختلال العملية الأيضية

(1) الرشيدي وآخرون(2001)، مجلد 2، ص. 111.

مثبطـات الانزيمات المؤكسدة أحادية الأمينات **(MAOI)**	فينيلزيـ ـن **(Phenelzine)**	يسكـن بدرجة أقل	يـسـبـب دورا
تريازولوبيريديـن **(Triazolooyridrine)**	تـ ـرازودون **(Trazodone)**	- يساعد على النوم. - التهدئة - أكثر أمانا من حيث الجرعات.	لا توجد دلائل تثبت دوره كعقار مستقل في علاج **P.T.S.D**

*** خافضات القلـق Anxiolytics :**

يمكن أن تكون هذه الفئة فعالة في علاج بعض أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة، خاصة مهدئات البنزوديازيبياين **Benzodiazepine Tranquilisant** مثل الديازيبام **Diazepam** واللورازيبام **Lorazpam** والكلونازيبام **Clonazepam** التي يمكن أن تسهم في التحكم في القلق المعمم والاستجابة الترويعية والاستثارة الزائدة ونوبات الهلع، ولكن الاستخدام الطويل لمثل هذه العقاقير قد يسبب في صعوبات سوء الاستخدام والإدمان.

3- موازنات المـزاج Mood Stabilizers

إتضح أن عقاقير الليثيوم **Lithium** والكاربامازيباين **Carbamazepine** والصوديوم ڤاليروت **Sodium Valproate** أثبتت فعاليتها في علاج اضطراب المزاج ثنائي القطب.

يمكن إستخدامها أيضا في علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وتتطلب هذه الأدوية مستويات منظمة في الدم لأنها قد تسبب في إحداث أثار ضارة عندما توصف للمريض.

4- مضادات الذهـان :

قد توصف مضادات الذهان، مثل عقار هالوبيريدول **Haloperidol** وكلوروبزومازين **Chlorpromazine** لعلاج الأفراد الباقين على قيد الحياة من الحروب والكوارث وتساعدهم على النوم وحفظ السلوك القهري ولكن لها أثار جانبية شديدة مثل اضطراب الحركة، لذا لا يوصى بوصف هذا الدواء إلا إذا كانت الحالة قد تطورت وأخذت بعض أعراض الذهان أو اضطراب الشخصية الحدي أو التدمير الذاتي[1].

نلاحظ مما سبق أن الأنواع المختلفة للأدوية تمثل علاجات خاصة بفئات معينة من الاضطرابات، ولكنها تستعمل في علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة، في غياب العلاج الفعال الذي يستخدم نوعيا لهذا الاضطراب، ويمكن أن يؤدي هذا العلاج مساهمة كبيرة للتخفيف من الاضطراب إذا كان مقرونا بعلاج نفسي.

1 **- العلاج المعرفي العصبـي Neurocognitive Therapy:**

يعتبر كاردنر **(Kardiner, 1941)** اضطراب الضغوط التالية للصدمة على أنه مظاهر لما يسميه " *العصاب الفيسيولوجي* "، حيث يوضح أن الأساس الفسيولوجي لتناذر الصدمة يتحدد في فسيولوجية الاستثارة أي استثارة الجهاز العصبي المركزي والأجهزة العصبية التلقائية ويتفق هذا مع ما يأكده (فان دركولك، 1987) من أن اضطراب الضغوط التالية للصدمة يعتبر مظاهر مرضية لعجز الفرد عن التحكم في الاستثارة.

واستنادا إلى هذه الدراسات يقدم ***إفرلي*** نموذجه في علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة والذي يعرف بنموذج العاملين للتكوين العصبي المعرفي للاستثارة **Two factor neurocognitive construct.**، وتتضمن :

1- الاستثارة المرضية.

2- عمليات معرفية، انفعالية تعمل على توليد الاستثارة أو تحريكها.

ولما تتضمن خطة العلاج العصبي المعرفي تدخلا علاجيا يشمل الجانبين وقد تبين من نتائج استخدام هذا النموذج أن الإستراتيجية العلاجية في جانبها الفسيولوجي العصبي

---

[1] الرشيدي بشير، وأخرون مجلد 2،(2001)، مرجع سبق ذكره،، ص. 112.

مثل الاسترخاء، التقنية الراجعة الحيوية وبعض الأدوية النفسية ذات فعالية في خفض الاستثارة المرضية وكذلك التقليل من الحساسية العصبية.

أما الاستراتيجيات العلاجية النفسية فهي موجهة إلى الجانب المعرفي، الانفعالي حيث تختلف في استخداماتها للأساليب المعرفية أو السلوكية [1].

ب. العلاج السيكـو ديناميـ ـي :

تبدو إسهامات التحليل النفسي واضحة وجلية ولا يمكن تجاهلها في علاج العصاب الصدمي.

ويظهر المنحى الدينامي في جانبين، الأول يركز على المفاهيم المنظمة للعمل الإكلينيكي وفقا لنظرية التحليل النفسي والأخرى تطوير لهذه النظرية وتطبيقها ارتباطا بنماذج نظرية أخرى كي تتلاءم مع نوعية هذه الفئة من الإضطرابات.

لقد عدل علماء التحليل النفسي من عدة مفاهيم لها أهمية في تنظيم العمل مع الحالات التي خبرت أحداثا صدمية، منها المفاهيم التي قدمها فرويد **(Freud, 1920)** عن الصدمة النفسية وحاجز المنبه وإجبار التكرار، وكذلك ما قدمه ليفتون **(Lifton, 1967)** عن انطباع الموت والشعور بالذنب لدى الأشخاص الناجين من أحداث صدمية.

وما قدمه هيجارد ونيومان **(Hilgard & Newman, 1967)** عن ردود فعل الذكرى السنوية للأحداث الصدمية، وكذلك ما قدم هورويتز **(Horwitz, 1967)** من مفاهيم عن دورة الإقحام-الإنكار، والضغط الزائد ومفهوم غشاء الصدمة الذي صاغه لندي **(Lindy, 1985)**[2].

وعلى الرغم من صياغة مفاهيم متعددة من طرف كثير من الباحثين إلا أنها لم تتعد خط التنظير والتفسير ولم تلج مجال العلاج، إلا ما قدمه هورويتز ولندي من نماذج للعلاج النفسي المنتمي إلى المنحى النفسي الدينامي لاضطراب الضغوط التالية للصدمة، وهذا ما سوف نعرضه فيما يلي :

---

[1] نفس المرجع السابق، ص. 113.

[2] المرجع السابق، ص.76.

1) نموذج هورويتـز:

في إطار النموذج النظري لهورويتز في تفسير اضطراب الضغوط التالية للصدمة يتبنى صاحب هذا النموذج منحى ديناميا في علاج إضطراب الضغوط التالية للصدمة، ويطلق عليه تسميات مختلفة منها العلاج ذو التوجه المرحلي :

أو العلاج النفسي الدينامي المركز

أو العلاج الدينامي المختصر

أو العلاج النفسي الدينامي الموجه لعلاج الأزمة.

وما يميز علاج هورويتز في العلاج عن المناحي التقليدية في التحليل النفسي هو الاتجاه النفعي والاتفاق مع نظرية معالجة المعلومات ومع المناحي المعرفية للانفعالات، ومن جهة أخرى، يتميز نموذج هورويتز خلافا لمعظم المناحي الأخرى في علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة بأنه لا يركز على المحاربين القدامى وخاصة حرب فيتنام، وإنما يركز أساسا على ضحايا إجرام العنف مثل التعذيب والاغتصاب والاعتداء، وضحايا حوادث السيارات، وضحايا الفقدان الصدمي والأسري، لذا يتميز هذا النموذج بالقابلية للاستخدام على مدى واسع من أنماط الأحداث الصدمية.

ويركز هورويتز في علاج حالات اضطراب الضغوط التالية للصدمة على إكمال معالجة المعلومات، وليس على التنفيس والتفريغ، وتتحرر ثلاثة أساليب عامـة للعـلاج، وتستخدم هذه الأساليب كما يلي :

1-1 تغيير العمليات المتحكمة:

تتكون الاستراتيجية العلاجية في طور الإنكار – الخدرمن

أساليب وإجراءات التدخل التالية :

أ)- خفض عوامل الضبط (مثلا عن طريق تفسير الدفاعات).

ب)- تغيير الاتجاهات التي تجعل التحكم ضروريا.

أما فيما يخص طور الإقحام – التكرار فيتضمن الأساليب التالية:

أ)- تزويد الفرد بضوابط خارجية (مثلا عن طريق توفير نظام للتفكير والسلوك).

ب)- فرضية وظائف الأنا كما يفسرها المعالج.

ج)- خفض المطالب والمنبهات الخارجية.

د)- الراحة والاسترخاء

هـ)- تزويد الفرد بنماذج يتوحد معها (مثلا : من خلال عضوية الجماعة).

و)- تعديل السلوك

والهدف في كل ذلك تيسير معالجة المعلومات.

2-1 تغيير معالجة المعلومات :

وتتكون الاستراتيجية العلاجية في طور الإنكار – الخدر من أساليب وإجـراءات التدخل التالية :

أ)- تشجيع التنفيس.

ب)- تشجيع التداعي، والكلام واستعمال صور بهـدف الاسـتدعاء واسـترجاع صـور الأحداث في المخيلة (مثلا عن طريق لعب الدور والمسرحيات النفسية والعلاج بالفن).

ج)- الإبقاء على الدلائل التذكيرية في البيئة.

أما في طور الاقحام – التكرار فتتضمن الإجراءات التالية :

أ/- المعالجة وإعادة التنظيم (مثلا عن طريق التوضيح أو الأسلوب التعليمي).

ب/- تدعيم الأفكار المتناقضة

ج/- استبعاد المنبهات البيئة

د/- استخدام العقاقير الطبية لخفض التفكير أو إيقافه.

والهدف في هذا التدخل تيسير معالجة المعلومات الصدمية.

3-1 تغيير المعالجة الانفعاليـة :

وتتضمن إستراتيجيات التدخل في طور الإنكار – الخدر الأساليب التالية :

أ)- التفريغ لإزالة حالة الخدر ولكف العلاقة المتكونة بين الإنكار والخدر.

أما فيما يخص طور الإقحام – التكرار، فتستخدم الأساليب التالية :

أ.المساندة

ب.إستدعاء الانفعالات المتناقضة.

ج.إستخدام إجراءات خفض الحساسية.

د.الاسترخاء والتغذية الراجعة الحيوية.

2) نمـوذج لنـدي :

يقدم لندي نموذجا للعلاج النفسي الدينامي طوره في مركـز دراسـات الضـغوط الصحية بجامعة سينسيناتي بالاشتراك مع معهد سينسيناتي للتحليل النفسي، وتتضمن عملية العلاج النفسي وفقا لهذا النموذج ثلاثة أطوار وهي :

1-2 الطـــور الأول :

و هي مرحلة دخول المعالج إلى ما تحت غشاء الصدمة وفيها يظهـر المصـدوم مقاومة اتجاه هذا الدخول وهي عملية متدرجة واختبارية للغاية، يقوم بها المعالج من خلال التفسير، بإعادة بناء العلاقة بين المنبهات التذكيرية التي تعمل في الوقت الحالي كعوامـل مهيأة للأعراض وبين الذكريات الصدمية ذاتها، بما فيها الحالات الوجدانية المرتبطة بها.

2-2 الطور الثانـي :

وهو طور العمل المباشر، وفيه يركز المعالج على مساعدة المصدوم على تنظـيم خبراته الصدمية وفقا لجرعات قابلة للتحكم فيها، ومن أجل الوصول إلـى هـذا الهـدف يستخدم المعالج أساليب متعددة مثل التفسير وإعادة البناء والطرح والصـورة التشـكيلية للحدث الصدمي، ويقوم المعالج بكشف الحجاب عن الدفاعات وما تخفيـه وراءهـا مـن حالات انفعالية مثل الشعور بالعجز والغضب والذنب.

3-2 الطور الثالـث :

وهو طور الإنهاء، وفيه يشرع الفرد في اختبار قدرته على السيطرة والتمكن كلما تعامل مع منبهات تذكيرية جديدة للصدمة.

ويكتسب الفرد ثقة في قدرته على الاحتفاظ بتماسكه في وجود تلك المهـددات. ونتيجـة لمواجهة خبرته الصدمية يسترجع توازنه الانفعالي.

ويستخلص معنى للحدث الصدمي، ويستعيد إحساسه بالاسـتمرار النفسـي بـين الماضي والحاضر والمستقبل.

ويستعيد طاقته ويصبح قادرا على الاستثمار المستمر في العمل وفـي العلاقـات الشخصية المتبادلة والعلاقات الاجتماعية العاطفية، ويكون قادرا علـى الاسـتمرار فـي ارتقاء نموه، وعلى استثمار المستقبل بفاعلية وطموح[1].

ت- العلاج السلوكـي Behaviour Therapy :

وهو أحدث أنواع العلاج النفسي ويعتبر العلاج المناسب لبعض أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة (الخوف، القلق، الاستجابة الترويعية).

ويعتمد العلاج السلوكي اعتمادا كبيرا على مفاهيم التعلم وقوانينه المتعلقـة بمحـو المادة وإحلالها، وتغييرها والذي ينظر إلى الاضطراب على أنه ارتباط خاطئ بين المثير واستجابته.

إن استجابة المريض لذكريات الأحداث الصدمية هي التي تنتج المظـاهر الأوليـة لاضطراب **PTSD** بينما الملامح الثانوية تتسبب في ردود فعل المصدوم لهذه الذكريات.

ومن هذا المنطلق فإن تذكر المريض للحدث الصدمي هو بؤرة الاهتمام في المدخل السلوكي لعلاج هذا الاضطراب.

ويقوم العلاج السلوكي على خطوات أساسية وهـي :

---

[1] نفس المرجع السابق، ص. 81.

أ- التسكيـن المنظم عن طريـق :

- خفض متدرج للقلق.
- التعرض التدريجي لمصدر الاضطراب[1].

ويتضمن العلاج السلوكي على خمس طرق سلوكية على الأقل للعلاج الفردي وهي :

1- العلاج الانفجاري والاغمار (المتخيل) **Floding**.

2- فقد الحساسية المنتظم

3- التكرار السلوكي

4- التعرض العلاجي المباشر.

سوف نكتفي بعرض ثلاث أساليب الأولى في هذا المقام.

1) العـلاج الانفجاري والغمر المتخيـل Imaginal Floding :

يعد هذا النوع أكثر الأشكال الشائعة في العلاج السـلوكي لاضـطراب الضـغوط التالية للصدمة.

ويتضمن هذا العلاج التخيلي للحدث الصدمي الذي يعرض له المصدوم. ويحـدث ذلك بشكل متكرر في المستوى الذي يصبح فيه المنظر الصدمي غير مثير لمستوى مرتفع من القلق (الانطفاء خلال التعرض)، ويتلخص الهدف من هذا الإجراء في أن نقلـل مـن تجنب الذكريات الصدمية والقلق الذي يسببه تذكرها.

ويمر العلاج الانفجاري بمراحل ثلاث :

1/- التدريب على الاسترخـاء :

يتعلم المصدوم الاسترخاء المتدرج للعضلات، ويبدأ المريض بـتعلم الاسـترخاء خلال عملية (الشد – الاسترخاء) لست عشرة مجموعة عضلية. ويشجع المصدوم علـى

---

(1) الرشيدي بشير، مرسي كمال، الحمادي عبد ا ، الخرافي نورية، أبل كاظم التركيت فوزية، بورسلي بدر، خواجه جاسم، الديحاني طلال (2002) "اضطراب الضغوط التالية للصدمة – الخبرة الكويتية في التشخيص والعلاج " الحلقة النقاشية الثامنة، الكويت، مكتب الانماء الاجتماعي، ص.97.

الاسترخاء في المنزل، ويتم تدريب المصدوم على الاسترخاء المرتبط بتخيل منظر ما، ويزيد من خفض القلق، ثم يقدم المنظر الصدمي في المرحلة التالية، ويدوم التدريب على الاسترخاء حوالي أربع حصص عادة.

2/- التدريب على التخيل السار :

بعد ما يكتسب المصدوم استجابة الاسترخاء، يتم تعليمه أن يتخيل صورا سارة تساعد في زيادة الاسترخاء وتحديد المعالج لطاقة المفحوص على العمل التخيلي.

3/- تشمل هذه المرحلة على ثمانية مراحل نوعية كما يلي :

1- تكوين متدرج الذكريات الصدمية :

يطلب من المريض أن يحدد الذكريات الصدمية، فيجب أن ترتب الصدمات المختلفة تدريجيا، ابتداء من أقل الذكريات إثارة للقلق إلى أكثرها.

2- تقدير درجة الضغوط الناتجة عن الذكريات الصدمية :

تقدر كل ذكرى صدمية على مقياس يتراوح درجاته من 1 إلى 10، ويبدأ المعالج في التعامل مع الذكرى الصدمية التي قدرت بدرجة ضغوط أقل.

3- الاسترخاء:

يشجع المصدوم على الاسترخاء مستخدما مهاراته في الاسترخاء المتدرج للعضلات قبل تقديم الذكريات الصدمية في الحصص العلاجية [1].

4- وضع المشهد :

عندما يسترخي المصدوم يستخدم المعالج الهاديات الحسية كي يولد في خيال المصدوم مشهد الصدمة.

---

[1] عبد الخالق أحمد، (1998)، مرجع سبق ذكره، ص.216.

5- يقدم العلامات الصدمية :

بعد وضع المشهد يقود المعالج المصدوم خلال الحدث الصدمي، ويسمح التفاعـل المستمر بين المصدوم وتفاصيل الحدث بأن يتم تخيلها إلى أقصى درجة، ويـتم التركيـز على أكثر العوامل إثارة للقلق في الحدث الصدمي.

6**- تقديم علامات إضافية** :

يساعد المعالج المريض على تذكر نوعين إضافيين من العلامات التي تستخدم في العلاج الانفجاري، أولها العلامات التي تنبع من داخل المريض، ويمكن أن يقررهـا أي يصيغها في ألفاظ، وتمثل هذه العلامات استجابة المريض للحدث، ويمكـن أن تتضـمن : الخوف من الضرر البدني والخوف من الموت، والخوف من السلوك العدواني والعقـاب على سوء التصرف والخوف من النبذ.

7**- إنهاء المشهـد**:

يطلب المعالج من المريض خلال إجراءات الغمر أن يحدد درجة 1 إلى 10 علـى مقياس للضيق أو الألم الذاتي، وينجم عن التعرض الممتد أو المستمر للمشهد بوجه عـام تناقص في التقديرات، ويدل ذلك إلى خفض القلق الذي تثيره ذكرى الصدمة.

8**- إنهـاء الحصـة** :

يستخدم الاسترخاء مرة ثانية في نهاية الحصة ثم مناقشة المصدوم لما جرى فـي هذه الحصة [1].

2) خفض حساسية المنظم: يرجع هذا الأسلوب إلى نظرية ولب في العلاج عن طريق الكف بالنقيض، ويعالج بهذا الأسلوب الأعراض التي تنتشر لدى حـالات **PTSD** مثـل الأحلام المزعجة والخوف والقلق ويستخدم هذا الأسلوب من خلال تقديم متدرج لمجموعة من المثيرات أو المواقف والأحداث المتخيلة المثيرة للقلق أو الخوف مع الاحتفاظ بحالـة من الاسترخاء حتى يستطيع المفحوص أن يقوم برد فعل مضاد للقلق أو الخوف.

---

[1] (*Paterson et al ،1991*) محرر في عبد الخالق أحمد،(1998)، ص.217.

ويقترح أصحاب المنحى السلوكي أسلوبين يمكن استخدامهما في علاج أعـراض **PTSD** وهما:

أ)- الأسلوب الكلاسيكي في خفض الحساسية المنظم.

ب)- أسلوب تدريب الأفراد في مواقف حية **In Vivo** [1]

أ/- الأسلوب الكلاسيكي في خفض الحساسية المنظـم :

وقد بين شيلدر **(Shilder, 1980)** فعالية العلاج النفسي المتمثل في أسلوب خفـض الحساسية المنظم في علاج الكوابيس المتكررة لدى حالة من المحاربين القـدماء بفيتنـام، حيث يمر العلاج بثماني مراحل، تخصص المرحلة الأولى لتعليم الفرد أسليب الاسترخاء والتدريب على التخيل السار ثم تأتي سبع مراحل متدرجة تبدأ بالتدرج الزمني للأحـداث حتى تصل إلى مرحلة الصدمة (الحدث الصدمي) وهكذا يمر العلاج النفسي بهذا الأسلوب من حالة الاسترخاء ثم التخيل ثم الاسترخاء ثم إيقاف التخيل، ثم الاسترخاء حتـى يـتعلم المفحوص الاسترخاء مع تخيل الأحلام المزعجة المثيرة للقلق، وهكذا يحـل الاسـترخاء مكان القلق باعتباره استجابة متعلمة [2].

ب)- أسلـوب تدريب الأفراد في مواقف حية in vivo :

ويتمثل في تدريب الأفراد في مواقف فعلية على استخدام أسلوب خفض الحساسية المنظم بنفس الطريقة التي استخدم فيها مع حالات من المحاربين القدامى الـذين يعـانون مخاوف ناتجة عن خبرات الحرب.

وفي هذا الأسلوب يدرب المفحوص على الاسترخاء ويشجع على اسـتخدامه فـي المنزل ثم يدرب على مواجهة بعض المواقف الفعلية بالتدرج [3].

---

[1] الرشيدي بشير، وآخرون (2001)، اضطراب الضغوط التالية للصدمة العلاج، مرجع سبق ذكره، ص.86.

[2] Schilder, F.E. Treatment by systematic desensibilization of recurring nightmare of a real trauma. Journal of behavior Therapy and experimental psychiatry, 1980, 11, 50-54.

[3] الرشدي بشير، وآخرون، (2001) مجلد 2، ص.87.

3) التكـرار السلوكي أو التمرينات السلوكية :

وصف فيربانك ودي جـود وجنكنـز **(Fairbank, Degorodx, Jenkins, 1991)** خطة علاجية لامرأة ضحية لحادث تصادم سيارة الذي نتج عنه استجابة ترويعية شـديدة تالية للصدمة. وتمثلت خطة العلاج في مرحلتيـن :

1)- المرحلـة الأولـى :

واستغلت في التدريب على الاسترخاء وتتبع باستخدام التمرينات السـلوكية حيـث تلقت المصدومة ثلاث حصص أسبوعيا للتدريب على الاسترخاء العضلي ثـم اسـتمرت على التدريب عليه بالمنزل من خلال أشرطة مسجلة.

2)- المرحلـة الثانيـة :

توجهت فيها التدريبات إلى قيادة السيارة على الطريق السـريع (*مكـان حـدوث التصادم*)، حيث دامت التمرينات السلوكية (تكرار السلوك) أسبوعين بمعدل مـرتين فـي اليوم، وقدر مستوى القلق لديها وكذلك الاستجابات الترويعية كل ساعة أثناء قيادة السيارة على الطريق السريع وقبل ذلك وبعده على فترات متتابعة كل شهرين لمدة أربـع مـرات وقد أظهرت نتائج استخدام التمرينات السلوكية فعالية ونجاعة هذا الأسلوب مـن العـلاج السلوكي في علاج الاستجابات الترويعية التالية للصدمة [1].

مما سبق قدمنا بعض نماذج الأساليب السلوكية في علاج بعض أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة، حيث رأينا أن هذه الأساليب تركز أساسا على بعض الأعراض وليس كلها مثل الخوف أو القلق أو الاستجابات الترويعية أو التجنب، وهـذا مـا يفسـر محدودية الأساليب السلوكية في علاج الـ **PTSD** الأمر الذي جعل بعض مدارس العلاج النفسي إلى توظيف بعض الأساليب السلوكية الأخرى في نسق مدارس علاجية أخرى مثل العلاج المعرفي السلوكي، وهذا ما سوف نتطرق إليه فيما يلـي :

---

[1] Fairbank, J.A.Degood, D.E. & Jenkins, C.W, (1981) Behavioral treatment of a persistent post traumatic response. Journal of behavioral Therapy and experimental psychiatry, 12 (4), 321-324.

ث- العلاج المعرفي السلوكـي Cognitive Behavioral Therapy :

تستند أساليب العلاج المعرفي السلوكي على نموذج لتغيير السلوك يمر بعدة مراحل :

المرحلة الأولـى : يتم فيها تدريب الفرد على الملاحظة ليكون ملاحظا جيـدا لسـلوكه وتشجيع المفحوص على مراقبة ذاته واكتشافها بهدف تحقيق التغيز المعرفي لدى الفـرد لمشكلته.

المرحلة الثانيـة : تستغل في مساعدة المفحوص على تحقيق التغير المعرفي والانفعـالي والسلوكي.

المرحلة الثالثـة : تركز على تعزيز التغيرات [1].

وسوف نتناول بعض الأساليب العلاجية في العلاج المعرفـي السـلوكي بهـدف عـلاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة فيما يلـي :

1- إعـادة البناء المعرفـي :

هناك نموذجان يعتمدان على أسلوب إعادة البناء المعرفي وهما نموج ***ايليس*** فـي العلاج العقلاني: الانفعالي ونموذج ***بيك*** في العلاج المعرفي ويركز هذان النموذجان على تأثير الأفكار والمعتقدات والمعارف على سلوك الفرد ومشاعره، حيـث يقـرر المنحـى النظري الذي يكمن وراء النموذجين أن انفعالات الفرد وأنماط سلوكه تحكم الطريقة التي يفسر بها عالمه ومن هذا المنطلق تتوجه أساليب إعادة البناء المعرفي لمساعدة المفحوص على التعرف على تصوراته الذهنية المشوهة التكيفية ومعتقداته الخاطئة و اختبارها فـي الواقع وتصحيحها أو استبدالها بأفكار وأنماط سلوكية أكثر تكيفية [2].

وفي هذا يقدم ***إيليس*** أسلوبا يعرف بنموذج A-B-C لمعالجة الأفكـار الأتوماتكيـة غير العقلانية، حيث تمثل A الأحداث المسببة، وB المعتقدات، وC النتائج حيث يعـرف هذا بالنموذج العقلاني الانفعالي.

---

[1] الرشيدي بشير، وآخرون (2001)، مجلد 2، ص ص.89-90.

[2] الرشيدي البيشر (2000)، المجلد السابع، ص.90-91.

ومن الفنيات العلاجية التي طورها ألبـرت إلـيس **(Ellis, 1962)**، هـي العـلاج العقلاني – الانفعالي، وهي أحد التيارات الأساسية في علم النفس العلاجي المعاصر.

يربط إليس بين الحدث البيئي أو المنشط **(A)** بالنتائج الانفعالية **(C)** مـن خـلال المعتقد الوسيط **(B)** وهكذا يهدف العلاج النفسي العقلاني الانفعالي إلى جعـل المـريض واعيا بمعتقداته غير العقلانية والنتائج الانفعالية غير المناسبة لتلك المعتقـدات والعـلاج العقلاني الانفعالي مصمم لتعديل هذه المعتقدات غير العقلانية الكامنة.

ويمكن تلخيص العلاج العقلاني الانفعالي بالنموذج *A-B-C-D-E* كما يلـي :

يواجه الفرد بخبرة تنشيطية **(A)** تقوم بتفجير معتقدات معينـة **(B)** (سلسـلة مـن الأفكار) يجري تصورها على أنها تقريرات ذاتية داخلية، وبعض منها قد يكون معتقدات لا عقلانية والنتائج **(C)** هي انفعالات سالبة ويلازمها سلوك سليم. ويقوم المعالج بتوجيـه الفرد إلى فحص المعتقدات غير العقلانية **(D)** عن طريق مساعدته على أن يفحص بدقـة مدى صدق تلك التقريرات الذاتية أو مدى عقلانيتها وينتج من العلاج الناجح التخلص من الأفكار غير العقلانية واستبدالها بأفكار عقلانية **(E)** وهذا ما يؤدي إلى اختفاء الأعراض[1].

وبهذه الطريقة فإن المعالج المعرفي يساعد الفرد المصدوم علـى :

1- أن يعين الأفكار السالبة الأوتوماتيكية التي تسهم في اضطراباته الانفعاليـة وفـي استمرارها.

2- أن يتعرف على التشوهات المعرفية.

3- أن يستبدلها بمعتقدات وأفكار مهارات اجتماعية أكثر تكيفية لكي ينـتج التحسـن الدائم من خلال تعديل المعتقدات الكامنة[2].

كما وضع أرون بيك **(Beck, 1999)** نظرية عن العلاج النفسي الإدراكي المعرفي **cognitive therapy** بناء على ملاحظاته العيادية للعلاقة بين أفكار مرضاه المتسببة فـي

---

(1) الرشيدي، بشير (2001)، مرجع سبق ذكره، مجلد 2، ص. 201.

(2) عبد الرحمن فتة .(2001)، فاعلية نموذج بيك المعرفي في خفض درجة الاكتئاب، كلية الأداب، جامعة عين شمس، رسالة دكتوراه، غير منشورة، ص. 81.

مشاكلهم وبين مشاعرهم وسلوكاتهم، ويرى بيك أنه من الممكن التعامل مع المضـطربين النفسيين من خلال تشجيعهم على ممارسة الاستبصار الداخلي لهم ولمشكلاتهم، ومن خلال مراجعة أفكارهم التابعة من إدراكهم ومعرفتهم وتصحيحها إن كانت خاطئة وتعـديلها إن كانت متطرفة غير حقيقية [1].

ويشهد بيك **(Beck, 1999)** بالحقيقة التي تربط اتجاهه وبـين العـلاج السـلوكي الانفعالي العقلاني الذي ابتكره إليس، وقد كتب أنه كان سعيدا عندما اكتشف بأن إليس له نفس الملاحظات، ولديه نفس الاعتقادات ويدعو لنفس الاتجـاه الـذي يجعـل الأفكـار والمعتقدات أساسا ومحورا في العلاج النفسي لكثير من حالات الاضـطرابات الانفعاليـة والمشكلات النفسية.

وهذا ما جعل اتجاه إليس واتجاه بيك أي العـلاج الانفعـالي العقلانـي والعـلاج الإدراكي المعرفي يرتبطان معا ارتباطا وثيقا في النظرية والتطبيق، حيث يستخدم هـذان الاتجاهان مع حالات السلوكات المتطرفة والاضطرابات الانفعاليـة الشـديدة، وخاصـة اضطرابات الضغوط التالية للصدمة [2].

وهناك مجموعة متنوعة من الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية التي يتم استخدامها في العلاج المعرفي، وتهدف الفنيات المعرفية إلى تحديد اختبـار التصـورات الخاطئـة والافتراضات غير التوافقية لدى المصدوم ويتكون هذا الأسلوب العلاجي من فترات شديدة التخصص مصممة لتعليم المريض العمليات التاليـة :

1- مراقبة أفكار المصدوم السلبية (*معارفه*).

2- التعرف على الصلة بين المعرفة والانفعال والسلوك.

3- فحص واختبار الدليل لأفكاره التلقائية المشوهة.

4- إحلال تفسيرات أكثر توجها نحو الواقع محل تلك المعارف المتحيزة.

---

[1] ماهر عمر، (2007)، مرجع سبق ذكره، ص. 194.

[2] نفس المرجع السابق، ص. 195.

5- أن يتعلم المريض تحديد وتغيير معتقداته المضطربة التي تهيئة لتشويه خبراته [1].

2- إستراتيجيات التحصين ضد الضغـوط :

يقدم مايكنباوم **Meichenboum** أسلوب التحصين ضد الضـغوط ويركـز هـذا النموذج على مهارات المواجهات في التعامل معها، وحسب هذا المنحى فإن الطريقة التي يدرك بها الفرد الأحداث والخبرات واستجابته لها، هي التي تحدد درجات شدة الإحسـاس بالضغوط، ومن ثم إن التحصين بناء على ذلك يتم من خلال إعادة التقييم المعرفي لتلـك الأحداث والخبرات الصدمية، وكذا من خلال التدريب علـى المهـارات المعرفيـة فـي مواجهتها والتعامل مع نتائجها.

ويتحدد الهدف من برامج تدريب على التحصين ضد الضغوط في تعلم مجموعـة من المهارات الخاصة بالمواجهة سواء كانت مهارات معرفية أو مهارات سلوكية والتـي يمكن تطبيقها عبر الزمن وعبر المواقف.

يمكن وقاية الأفراد من الاضطرابات المتعلقة بالضغوط ومن ثم تعليمهم التعامـل بمرونة من خلال التدريب على التحصين ضد الضغوط بعدة مهارات ومن خلال اعتبـار المواجهة على أنها عملية متطورة مع الزمن وتـتم إسـتراتيجيات التـدريب وتحصـين الضغوط في ثلاثة مراحل متداخلة فيما بينها إلى حد ما، وذلك فيما يلي :

1) المرحلة الأولـى : التصورية conceptualization phase

وهي مرحلة تعليمية تهدف إلى تحقيق الأغراض التاليـة :

1/- بناء علاقة دافئة من التعامل والرعاية مع الشخص المتدرب.

2/- القيام بعمل تقويم كلاسيكي بطبيعة الاهتمامات القائمة و درجة تعقيدها عند الشخص المتدرب.

3/- مساعدة المتدرب على إعادة التصور لما يخبره من ضغوط أو قلق أو إكتئاب.

2) المرحلة الثانيـة: اكتساب المهارات والتدريب عليها

---

[1] عبد الرحمن فتة .(2001)، مرجع سبق ذكره، ص. 77.

ويكمن الهدف الأساسي في هذه المرحلة في تنمية مهارات المواجهة التي تتمحور في قسمين:

1/- المهارات الوسيلة للمواجهة وتتمثل في مهارات التركيز على المشـكلات وتتضـمن إستراتيجيات مثل :

أ- جمع المعلومات

ب- حل المشكلات

ت- مهارات الاستقبال

ث- المهارات الاجتماعية

ج- مهارات الدراسة

2/- مهارات تهدئة المواجهة وهي مهـارات تنظـيم الانفعـالات وتنطـوي علـى استراتيجيات مثل :

أ- إعادة البناء المعرفي

ب- تحويل الانتباه

ت- الاسترخـاء

ث- التعبير عن المشاعر والانفعالات.

3) المرحلة الثالثـة :

التطبيق والمتابعة المنتظمة، وتهدف هذه المرحلة إلى تقوية مهارات المواجهة فـي تطبيقها على مواقف الحياة اليومية، وزيادة فرص المحافظة عليها، وتتضمن إسـتراتيجية هذه المرحلة ما يلي :

1/- تهيئة تطبيق المهـارات :

وتتكون من خلال تخيل المواجهة لعب الأدوار، استخدام التعرض المتدرج.

2/- الصيانة والتعميـم :

- بناء الإحساس بالفاعلية الذاتية في المواجهة من حيث علاقتهـا بمواقـف يراهـا المتدرب على أنها مواقف من الخطر المرتفع.
- إنماء إستراتيجيات استعادة الفاعلية بعد مواقف الإخفاق والانتكاس.
- ترتيب عمليات وإجراءات المتابعة والمراجعة [1].

ج- النموذج التكاملي لعلاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة :

رأينا أن اضطراب الضغوط التالية للصدمة، هو اضطراب متشابك معقد وهو على تفاعل بين المتغيرات المختلفة المتعلقة بالحدث الصدمي وبالشخص المصدوم ذاته، لـذاك ينبغي أن يتصف علاجه بانتقاء أفضل الاستراتيجيات المناسبة والتي عرضنا بعضها فـي هذا الفصل.

ويشير إفرستن وإفرستين **(Everstine & Everstine, 1993)** أن المهمة الأساسـية للمعالج اتجاه الخبرة الصدمية والضغوط التالية لها تكمن في دخول المعالج إلـى العـالم المتناثر للشخص الضحية، وأن يراه من خلال عيون المصدوم في حين يجب أن يحـتفظ المعالج في نفس الوقت بمنظوره الإكلينيكي[2].

وقد تبنينا في دراستنا هذا النموذج التكاملي الشامل لأنه النموذج المناسب لعـلاج الأعراض المتعددة لـ **PTSD** والذي قد يتمكن من خفض استثارة كميائية الجسم، وتقليل حشد طاقاتة وتعبئتها اتجاه الأفكار والذكريات والصور المتعلقة بالخبرة الصدمية، وتجنب ظاهرة "إشتعال" أو توهج الانفعالات التي قد تؤدي إلى فرط التيقظ واضطراب النوم. كما يمكن للعلاج أن يساعد المصدوم في أن يستخلص معنى لحياته من الخبـرات الصـدمية والضغوط التالية لها.

وتقدم ماري وليامز وجون سومر **(Williams & Sommer, 1994)** نموذجا شاملا للتعامل مع اضطراب الضغوط التالية للصدمة، ويتكون هذا النموذج من عـدة مراحـل، تتضمن جوانب متعددة للتقدير والعلاج وذلك على النحو التالـي:

---

(1) الرشيدي بشير و آخرون (2001)، المجلد2 مرجع سبق ذكره، ص، ص. 95.-99.

(2) عن (Everstine & Everstine, 1993)، محرر في الرشيدي و آخرون 2001، مجلد 2، ص. 241.

1) المرحلة الأولــى :

وهي مرحلة المواجهة والتعليم ويتم في هذه المرحلة إقرار الأمان والوسط الآمــين من خلال تقديم قواعد العلاج وحدوده (تحديد الحقوق والمسؤوليات والتعاقدات).

كما يعتبر التدخل المبكر بعد حدوث الصدمة مباشرة عاملا مهما فــي اســتيعاب الخبرة الصدمية (*الاسعاف النفسي المبكر*) وينبغي أن يقوم المعالج فــي هــذه المرحلــة بتحقيق ما يلــي:

1/- بناء العلاقة القائمة على التعاطف مع من يعاني خبرة صــدمية، ولــذلك يجــب أن يتصف المعالج في الضغوط التالية للصدمة بكفاءات مهيأة عالية، تتصف بالثقة والقــدرة على تحمل ما يقدمه المصدوم من صور وتعبيرات وأفكار وانفعالات شديدة ومؤلمة، كذلك ينبغي أن يكون المعالج واعيا بعمليات التحويل، والتحويل المضاد التي قد تتطور في هذه العملية وأن يعالجها مع الحالة.

2/- التقدير والتشخيص المبدئــي :

إن التقدير عملية متعددة الأبعاد تحتوي على مكونات نفسية، فسيولوجية ومعرفيــة وسلوكية، تتطلب أساليب وأدوات متنوعة للقياس وتقدير اضــطرابات الضــغوط التاليــة للصدمة. ولذا يجب على المعالج وضع تشخيص مبدئي للحالة مــن خــلال المعلومــات والبيانات المتجمعة.

3/- إقرار صيغة الصدمــة :

على المعالج أن يرسم اطارا للعلاج قائم على تحديد صــيغة الصــدمة trauma paradigm وتستخدم صيغة الصدمة من خلال عدة نمــاذج تتضــمن نمــاذج تجهيــز المعلومات نماذج نفسية اجتماعية، والنفسية الديناميــة والســلوكية والمعرفيــة والنفســية الفسيولوجية والتفاعلية.

4/- التعليـم :

إن التعليم في المراحل الأولى للعلاج يعتبر ذا فائدة كبيرة للمصدوم، فهو يحتـاج إلى تعليمه لأنه ليس بشخص غير عادي، حتى ولو كان يشعر بأنه لا يستطيع التحكم في نفسه وأنه منفصل عن ذاته ومن الآخرين، وليس معنى لحياته.

لذا فهو يحتاج إلى معرفة أن اضطراب الضغوط التالية للصدمة ليس بـ رد فعـل مرضي وإلى أن التعرض للحدث الصدمي ينتج تغيرا في الحالة النفسية والفسـيولوجية، وفي القدرات والعمليات المعرفية والقدرة على التذكر وفـي المعتقـدات، وبنيـة الـذات والاتجاه نحو المجتمع.

فيدرك المصدوم من خلال هذا التعليم أن لكل فرد عتبة لمستوى التحمل للضـغوط الصدمية وتتوقف هذه العتبة على متغيرات الشخصية (السـمات، وأسـلوب المواجهـة، والمعتقدات والقدرات) وأبعاد الحدث الضاغط ووسط أوبيئة ما بعد الصدمة.

5/- التحكم المبدئي في أنماط سلوك معاودة الصدميـة :

ينبغي التحكم في أنماط السلوك المعاود للصدمية في المراحل الأولى للعلاج، حيث قد يتصف الكثير من المصدومين بنوع من السلوك المدمر للذات التجنبي (كالادمـان) أو السلوك الإقدامي (البحث عن الإثارة، واستعادة ذكريات الأحداث الصدمية)، لهذا السـبب يجب تعليمهم أن يستبصروا بنتائج السلوك المعاود للحدث الصدمي.

6/- التحكم في الأعـراض :

يجب أن تتضمن المرحلة الأولى من العلاج أساليب سـلوكية ومعرفيـة لتحسـين القدرة على ضبط الذات والتحكم في الأعراض مثل فنيات التحكم في الغضب، التـدريب على الاسترخاء وإيقاف التفكير والوعي بالمنبهات التي تفجر الذكريات والأفكار والصور الصدمية.

2) المرحلة الثانية: استكشاف الصدمة وتأثيرها :

1/- العمل مع الذكـريات :

من غير المناسب أن يحاول بعض المعالجين أن " يقتحموا " المخـزون الـداخلي والمادة الصدمية في مرحلة مبكرة من العلاج، وإنما ينبغي أن تأخـذ روايـة الأحـداث والخبرات الصدمية توقيتا مناسبا وقدرا مناسبا، فالملاحظ أن هؤلاء الأشخاص في البداية يريدون أن يفضوا بما يغمر نفوسهم من خبرات مروعة ومأسـاوية، فمـن الضـروري تهدئتهم وإنقاص ميلهم إلى التفجر من داخلهم بهذه الخبرات الأليمة والاعتدال في التعبيـر عنها.

ويمكن للمصدوم أن يتعلم، عند هذه الخطوة العلاجية، أن يحسن الإصـغاء إلـى ذكرياته وأن يقدرها بالرغم أن بذور التحسن والشفاء تكمن داخل روايات الصدمة ولكـن الإفصاح عنها ينبغي أن يسير ببطء وعناية، وفي مناخ من الشعور بالأمان والثقة.

ويجب أن تتم عملية التعبير عن الخبرات الصدمية بتدريبات الاسترخاء وغيرهـا من تدريبات تهدئة الذات.

2/- التعامل مع الصدمية الثانويـة :

إن انتقال أثر الصدمة من الشخص الضحية إلى بقية أعضاء الأسرة، وإلى الأبناء أو إلى...هو ما يعرف بالصدمية الثانوية **Secondary Traumatization**، ولذلك يجـب إدخال أعضاء الأسرة في استراتيجيات العلاج، ذلك أن أعضاء الأسرة قد يعملون بمثابـة مصدر للدعم والمساندة، فيمكن استخدامهم كمصادر لتقديم المساعدة للشـخص الضـحية لاسترجاع إحساسه بالتماسك من خلال المساندة الانفعالية التي توفرها الأسرة أو بعـض أعضائها.

أما في حالة ما إذا كانت الأسرة لا تمثل مصدرا للدعم، أو إذا كانت تعاني خبـرة صدمية إضافية، فإنه يمكن استخدام الأصدقاء والآخرين المعنيـين باعتبـارهم مصـادر للمساندة والمساعدة.

3/- ضرورة تكامل التأثير الانفعالي للصدمـة :

ينبغي أن يتعلم المصدوم أن يشـعر بمشـاعره وأن يسـميها بمسـمياتها، ومـن الضروري أن يخبر المصدوم كل الانفعالات المتلازمة وتسميتها بأسلوب معرفي، لـذلك ينبغي أن يحتوي التذكر على توظيف عمليات متكاملة من الانفعالات والمعارف والسلوك والاحساسات.

4/- الارتباط بين العقل والجسـم :

إن استخدام مجموعة من الأدوية الطبية (استخدام العـلاج الطبـي) عنـد تفـاقم الأعراض خاصة عندما تصل الاقتحامات إلى درجة من الشدة تعرقل أداء الفرد لوظائفـه اليومية العادية، أو عندما تصبح فيها مشاعر الاكتئاب والقلق غامرة. فالعلاج الطبي لـه أهمية كبيرة وفائدة في خفض بعض الأعراض والحد من التفجيـر الانفعـالي وتسـاعد المصدوم في العلاج النفسي.

5/- استخدام علاجات مساعدة أخـرى :

قد تساعد علاجات أخرى في استدعاء المادة الصدمية ومعالجتهـا والتـي يمكـن أن نجملها فيما يلـي:

1- **العلاج باللعـب** : لمساعدة الطفل المصدوم على تنمية ذاته.
2- **العلاج بالموسيقـى** : من خلال بعض الأغاني أو العزف الموسيقي.
3- **المسرحيات النفسية *psyhodrama* :** وتستعمل كأسلوب جمعي لإعـادة تمثيـل بعض الأحداث والخبرات الصدمية. فهي تفيد في عمليات التفريغ الانفعالي.
4- **العلاج بالقـراءة :** وتستخدم مواد مكتوبة عن الصدمة مع التركيز على المعـاني والرموز التي تتضمنها.
5- **العلاج بالكتابـة :** للاحتفاظ بمذكرات ولتنظيم الذاكرة وإجراء حوار شخصي مع الذات، وتكامل الخبرة.

6- **العلاج بالفـن :** مثل الرسم الذي قد يكون حوارا بصريا وشكلا من أشكال التعبير الظاهري لعمل دراما فردية ويلازم الفن التنفيس عن الانفعـالات وهـو وسـيلة للتعبير عن مكونات دفينة.

7- **الجماعـات :** وهي أوساط مناسبة لمعالجة الصدمة من خلال التفاعـل المتبـادل والمساندة المتبادلة. وقد تكون الجماعات محددة بوقت أو مستمرة، وقـد تكـون مفتوحة أو مغلقة من حيث العضوية فيها، (مثـل جماعـات تحريـر الصـدمية) **Debreifing** . وتوفر جماعات التكافل مصـادر إضـافية بـدعم المصـدومين وأسرهم، كما تساعد على تطبيع ردود أفعال الصدمة من خلال مـا تتيحـه مـن فرص ومواقف تسمح فيها بالمشاركة والتواصل في بيئة علاجية.

3) المرحلة الثالثـة : مرحلة بناء المهارات وتقوية الذات.

1/- تغيـر نظام المعتقـدات :

قد تؤدي الصدمة النفسية إلى إخلال في معتقدات الفرد اتجاه ركائز أساسية للوجود مثل الآمان والثقة والقوة والتقدير والحب، لذا يجب الاستفادة من أنظمة التكافل الاجتماعي باعتبارها حاجزا للفرد بين نظام المعتقدات عن الذات والعالم وبين الأفعال الناتجة، كمـا يستخدم الفئات الخاصة بإعادة البناء المعرفي لاستخلاص معنى إيجابي لحيـاة المصـدوم ولإقرار نظام معتقداته عن نفسه والناس والعالم والمستقبل.

2- تنمية المهارات الاجتماعيـة :

ينبغي للعلاج أن يوفر عددا من الأساليب التي تساعد المصدوم على تنمية مهاراته الاجتماعية، مثل التدريب على مهارات التواصل، ومهارات التوكيدية، ومهارات الـتحكم في الصراعات والتحكم في الغضب، وتنمية مهاراته على التحكم في الضغوط، وحمايتـه من الأساليب غير التكيفية مثل تعاطي العقاقير والمخدرات.

3/- التقـويـة : وهي الهدف الأكبر للعلاج، حيث تسمح للمصدوم بمواجهـة إيجابيـة للضغوط واستعادة توازنه وفاعليته.

4) المرحلة الرابعـة : التقويم والتكامل والإنهاء.

/1- بنـاء المعنـى :

يعد إعادة بناء إطار معرفي للمعنى مؤشرا ضروريا للتحسن والتوافق، إن العمـل على إعادة هيكلة الخبرة الصدمية وتضمينها في إطار أكثر إيجابية، يمكن أن يساعد على تقبل ما حدث واستيعابه ليكون جزءا من نسيج حياة المتعرض للحدث الصدمي، وليكـون أكثر انفتاحا على المستقبل.

2- الاستشفاء الديني والروحـي:

يعتبر الجانب الديني والروحي ركنا أساسيا في عملية الاستشفاء سعيا إلى الحصول على السند والقوة والروحانية من ا سبحانه وتعالى، حيث يجد الفرد المصدوم إجابـات لتساؤلات ومشكلات تتعلق بالكوارث والمحن، ومن قضايا الموت والمعاناة والألم والعدالة والظلم. ويفيد الاستشفاء الديني أو الروحي في حل كثير من المشكلات والصراعات مثل مشاعر الذنب ولوم الذات.

3- الوقاية من الانتكـاس :

يتخذ المعالج إجراءات وقائية خاصة بمتابعة الحالات لتقليل حـالات الانتكـاس أو فشل العلاج، كما أنه يقوم بتقييم فعالية العلاج مع الحرص على تنميـة كفاءتـه المهنيـة كمعالج.

4- الإنهـــاء :

تأتى مرحلة فك العلاقة العلاجية عندما يتفق المعالج والحالة على أن العلاج وصل إلى نهايته، وأن الحالة قد أصبحت قادرة على إعادة اسـتثمارها لطاقاتهـا بعـد تجـاوز الصدمة لا تجاهلها. ويسمح للحالة بمراجعة المعالج إذا دعت الضرورة إلى ذلك[1].

---

[1] الرشيدي، بشير (2001)، مجلد 2، مرجع سبق ذكره، ص ص. 243-254.

ملخص الفصل الثالث

عرضنا في الفصل الحالي، مختلف النماذج النظرية التي فسرت اضطراب الضغوط التالية للصدمة، حيث شرعنا في تقديم تفسير كل من الاستثارة العصبية الزائدة ،نموذج الأساس الحيوي واضطراب نشاط السيروتونين في الجهاز العصبي كنماذج حيوية وعصبية وفسيولوجية تفسر بعض أعراض PTSD كما عرضنا النماذج والنظريات السكودينامية والمتمثلة في نموذج التحليل النفسي الكلاسيكي والنموذج النفسي الاجتماعي التطوري والنموذج النفسي التكويني ونظريات العلاقات المستهدفة.

ثم رأينا وجهة نظر النماذج والنظريات السلوكية في تفسيرها لاضطراب الضغوط التالية للصدمة، ثم تطرقنا إلى النماذج والنظريات النفسية والاجتماعية والمعرفية هذه الأخيرة تمثلت في النماذج التالية :

شبكه الذاكرة القائمة على الخوف أو معالجة المعلومات والابينة المعرفية والتقدير المعرفي .

كما تطرقنا في هذا الفصل إلى النظرية التكاملية التي تفسر PTSD من عدة جوانب والمتمثلة في متغيرات الشخص المصدوم والبيئة والمتغيرات الموقفية والاستجابة الذاتية الفردية للصدمة والتكيف التالي لها.

كما تطرقنا في هذا الفصل إلى مختلف الاستراتيجيات العلاجية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة، حيث قمنا فيه بتوضيح لبعض الأهداف الأساسية للعلاج النفسي بصفة عامة، حيث رأينا العلاجات الطبية في علاج *PTSD* كما عرضنا العلاج السيكودينامي من خلال التطرق إلى نموذج هورويتز ونموذج لندي يليه العلاج السلوكي الذي وضحناه في ثلاث نماذج أساسية للعلاج السلوكي وهي:

- العلاج الانفجاري أو العلاج بالغمر
- فقد الحساسية المنتظم
- العلاج بالتكرار أو التدريبات

كما تطرقنا إلى العلاج المعرفي السلوكي ورأينا فيه العلاج عن طريـق العـلاج الانفعالي المنطقي لإيليس والعلاج المعرفي لبيك (إعادة البناء المعرفي).

لنختم الفصل بالعلاج التكاملي الذي تبنيناه في هذه الدراسة والمتوافق مع التفسـير النظري لاضطراب الضغوط التالية للصدمة.

الفصل الرابع

متغيرات البحث ومعالجة مفاهيم :الانتباه ، الذاكرة ،والحالة النفسية

آ - الانتباه

1- تعريف الانتباه

2- الخصائص النفسية للانتباه

3- مكونات الانتباه

4- أشكال الانتباه

5- مصادر معالجة الانتباه

6- الأساس الفيسيولوجي للانتباه

7- وظائف الانتباه

ب - الذاكـــرة

1- تعريف الذاكرة

2- أنواع الذاكرة

3- المظاهر الأساسية للذاكرة

4- بيولوجية الذاكرة

5- النسيان

6- مقاييس التذكر

ت - الحالة النفسية: القلق - المخاوف المرضية – الوسواس القهري – الاضطرابات السيكوسوماتية – الاكتئاب – الهيستريا.

ملخص الفصل

تمهيد

سوف يكون الفصل الراهن موضوع اهتمام ومعالجة المتغيرات التابعة للبحث والمتمثلة في الانتباه ،الذاكرة والاضطرابات النفسية المتضمنة للحالة النفسية التي قد ترتبط باضطراب الضغوط التالية للصدمة.

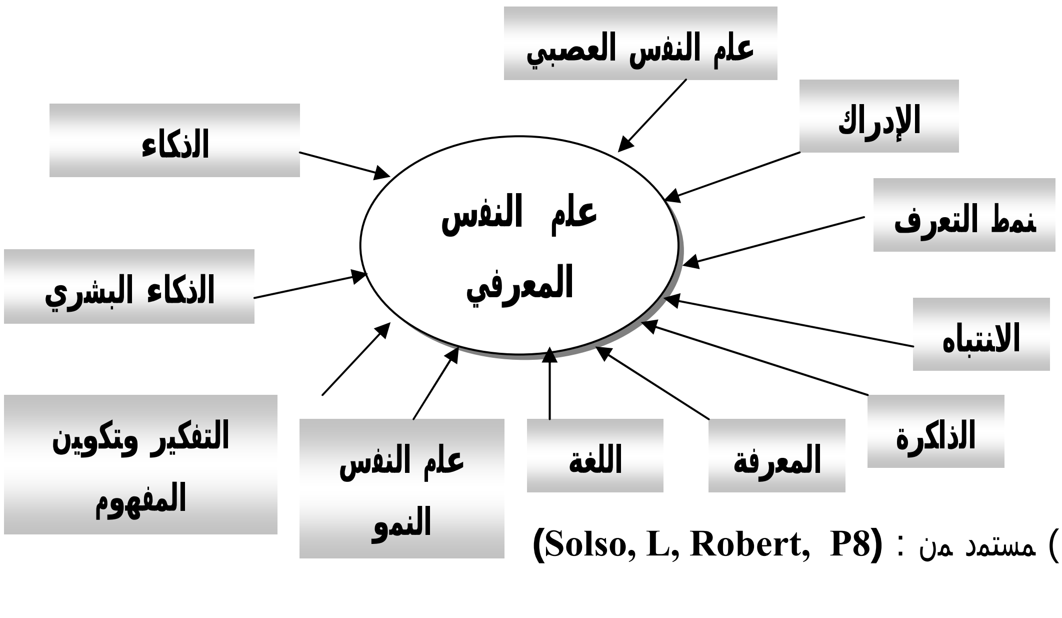
وقبل التطرق إلى تعريف الانتباه والذاكرة كمفاهيم أساسية للدراسة الراهنة زيادة على أنها مواضيع هامة لعلم النفس المعرفي، وجب علينا أن نتطرق إلى علم النفس المعرفي الذي يعتبر ميدان هام من علم النفس.

علم النفس المعرفي: هو علم دراسة التفكير العقلي والذي يهتم بكيف نقوم بالتقاط المعلومات من العالم الخارجي، كيف أن المعلومات تخزن في الذاكرة من طرف المخ وكيف أن المعرفة تستخدم كي نفكر لحل المشكل وتكوين اللغة.

يجمع علم النفس المعرفي سلسلة البيانات المعرفية ابتداء من الإدراك، علم الأعصاب، نمط التعرف، الانتباه، التعلم، الذاكرة، تكوين المفهوم، التفكير، التخيل، التذكر، الذكاء، الانفعالات وسياقات النمو والتي تتقاطع مع مختلف مجالات السلوك [1].

هناك عدة مجالات للبحث في علم النفس المعرفي:

الشكل (4-1) يوضح مجالات علم النفس المعرفي.



الشكل (4-1) مستمد من : **(Solso, L, Robert, P8)**

---

(1) Solso, L, Robert (1998). Cognitive psychology, Fifth edition, copyright printed in the United States of America, P2.

وسوف نتطرق في هذه الدراسة إلى ميدانين من علم النفس المعرفي وهما الانتباه، والذاكرة.

آ- الانتباه:

1- تعريـف الانتبـاه :

نشرع في تعريف الانتباه بالمقولة الشهيرة لـ وليام جـيمس (William James) الذي يقول : " كل الناس يعرفون الانتباه: هو عندما يأخذ العقل بـامتلاك شـكل واضـح وفعال موضوع أو فكرة من بين مواضيع أو أفكار التي تظهر في بعض الوقت، التركيـز وتموقع الوعي تصبح عملية أساسية[1].

يؤدي بنا القول المشهور إلى استنتاج ميزتين أساسيتين تتضمن الانتباه وهما :

أ- التموقـع

ب- التركيـز

أ- التموقع: يقدم الانتقاء الذي هو الانتباه إلى بعض الخصائص المحيطة وإهمال أو عدم الاعتراف بالأخرى.

في الحقيقة فإن الإنسان تحت فيض هائل من المنبهات والمؤثرات الخارجية، فـلا يستطيع الفرد أن يدركها كلها، وطبيعة الانتقاء الإدراكي هي ضرورة لنا لكي نتجنـب أن نكون محملين زيادة بالمعلومات.

ب- التركيـز: وهو مجهود عقلي مستثمر في وضعية أو عدة وضـعيات، وقـد عـرف الانتباه على أنه نشاط انتقائي يميز الحياة الذهنية، وهو موضوع جوهري في دراسات علم النفس المعرفي بوجه خاص، ويعد أكثر الموضوعات معالجة في ذلك العلم، حيث هنـاك عديد من التعريفات التي قدمت لمفهوم الانتباه في البحوث النفسية الحديثة.[2]

---

[1] Ibid, p .130.

[2] Posner, M.I., Presti, D.E & Prinsmental, W., (1986). does attention affect visual features integration ? Journal of experimental psychology : Human perception and performance, experimental psychology : Human perception and performance, 12- p.361-369.

ويعد الانتباه نشاط انتقائي يميز الحياة الذهنية، حيث يتم حصر العقل في عنصر واحد من عناصر الخبرة فيزداد هذا العنصر وضوحا عما سواه وهو تكيف حسي تنجر عنه حالة قصوى من التنبه، أو حدوث تكيف في الجهاز العصبي لدى الفرد، فيصبح من السهل عليه أن يستجيب لمنبه خاص أو لوضعية معينة[1].

فالانتباه في أبسط تعريف له هو تركيز الوعي على منبه أو على بعض المنبهات واستبعاد المنبهات الأخرى الموجودة في نفس الوقت، بما يمكن الفرد من فهم ذلك المنبه فهما جيدا.[2]

كما يعرف الانتباه أيضا أنه عملية تركيز الوعي على بعض الظواهر واستبعاد الظواهر أو المثيرات الأخرى، وأنه بؤرة الانتقاء لجزء صغير فقط في نطاق واسع للمثيرات المقدمة.[3]

كما يعرف محررو **(DSMIII-R,1987)** الانتباه على أنه حالة وعي إدراكي أو معرفي يستشعرها الفرد، تنتج عن تركيزه على جانب ما من جوانب البيئة أو وضعها في بؤرة اهتمامه.[4]

ويعرف على أنه تهيؤ للإدراك الحسي والفعلي، حيث يشير اصطلاح تهيؤ أو الوجهة الذهنية إلى استعداد خاص لدى الفرد يوجهه نحو الشيء الذي ينتبه إليه لكي يدركه [5].

كما يعرف على أنه وضوح الوعي من وجهة نظر المنهج الاستبطاني ويشير أيضا إلى استعداد لتركيز حسي معين مع عدم الانتباه(الالتفات) للمنبهات الحسية الأخرى لدى

---

[1] زروق أسعد (1979). مراجعة عبد ا عبد الدايم، موسوعة علم النفس، بيروت، المؤسسة العربية للدراسات والنشر، ص.48.

[2] عبد القوي، سامي(2001)، علم النفس العصبي الأسس وطرق التقييم، مطبوعات جامعة الإمارات العربية المتحدة، الطبعة1، ص.179.

[3] الفقي إسماعيل محمد (1988). دراسة تجريبية لأثر نوع المعلومات ومقدارها ومستواها في مدى الانتباه، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة عين شمس (غير منشورة). ص.35.

[4] American Psychological Association (APA) (1987). Thesaurus of Psychological Index Terms USA.

[5] عبد الحليم، إيمان،(2004)، مرجع سبق ذكره، ص.58.

الكائن الحي ويشير كذلك إلى مجموعة الاستعدادات الحركية التي تسهل استجابات الكائن الحي[1].

كما تعددت تعريفات الانتباه، ولكن رغم ذلك التعدد، فإن هناك قاسم مشترك بينهـا وأن أهم خصائص الانتباه نستنتجها من تلك التعريفات السابقة وتتمثل فـي الخاصـيتين الرئيسيتين : الانتقاء والتركيز والتي تحدث عنهما كذلك وليام جيمس منـذ عـام 1890 وأوضح أن الانتباه هو تركيز جهـد الـذهن علـى الحـواس أو الأحـداث الذهنيـة[2] **(The concentration of mental effort on sensory or mental events).**

وعلى هذا فإنه يمكن أن نخرج بتعريف للانتباه وهو وقوع (حدوث) انتقاء (اختيار) لأحد المثيرات الحسية دون المثيرات الأخرى المتواجدة في البيئة الخارجية المحيطة بنـا وتركيز الذهن على المثير المختار لكي يتم الإدراك والاستجابة له.

2-الخصائـص النفسية للانتبـاه :

بناء على ما سبق رأينا أن الانتباه يعتبر موضوع جوهري من بين الموضـوعات التي يهتم بدراستها علم النفس المعرفي، ويؤدي دورا مهما في عمليات الـتعلم والإدراك والتذكر والتفكير وحل المشكلات ويؤكد كثير من علماء النفس المعاصرين أهميته كأحـد المتطلبات الرئيسية لعملية التعلم التي تعتبر القاعدة في اكتساب الفرد المهارات وتكـوين العادات السلوكية[3]

كما بين الشرقاوي أن الانتباه يعمل على تكوين مهارات سلوكية مختلفة تسمح للفرد بتحقيق قدر كبير من التوافق مع المجتمع الذي يعيش فيه.[4]

و تجدر الإشارة إلى أن الفصل الدقيق بين العمليات المعرفيـة المـذكورة سـابقا صعب جدا لتداخل هذه العمليات ولاعتماد إحداها على الأخرى، حيث أن عمليـة الإدراك تعتمد على الانتباه، وأن التعلم يتأثر بالانتباه وهكذا بالنسبة للعمليات الأخرى، وإنمـا مـا

---

(1) نفس المرجع السابق، ص.57.

(2) Solso, L, Robert, (1988) OP.CIT. P.130.

(3) Schunk, K.H (1991). Learning Theories: An Education Perspective, New York Macmillan Publishing Company. P.6

(4) الشرقاوي، أنور محمد (1984) العمليات المعرفية وتناول المعلومات. القاهرة، الأنجلو مصرية، ص.110.

نسميه انتباه، إدراك، تعلم، هو من أجل الدراسة الدقيقـة لخـواص ومظـاهر العمليـات المعرفية وعلاقتها بالعمليات الأخرى التي تمثل القدرات الإنسانية.[1]

إن القدرة المحدودة للجهاز العصبي على نقل المعلومات تفرض على الشخص أن يعطي أولوية لما يجري في البيئة (مجال المنبـه) وأن يسـتبعد المنبهـات الأخـرى، أو الاحتفاظ بالملاحظة مبعثرة عبر كل شيء يحدث حوله أو يتبنى موقفا وسطا.[2]

وبناء على ما تقدم فإن أهم ملامح نفسية يكشف عنها الانتباه تتمثل في :

أ- التركيـز **Focuser** ب- الإحاطـة. ج- التعقـب.

أ- **التركيـــز** : ويمثل مستوى مرتفع من الانتباه ودائما يكون قصديا وبؤريا وهو الدرجة التي يكون بها الانتباه مركزا أو منتشرا.[3]

كما يشير التركيز إلى توجيه انتباه الفرد إلى مثيرات محددة من البيئة دون مثيرات أخرى إذ يشكل بؤرة الاهتمام.[4]

ب- الإحاطـة scanning : وهي من العمليات النفسية ذات الأساس الحسي، وغالبا مـا تكون بصرية تتمثل إما في تحركات العين عبر المكان أو الصورة التي تواجه العين وهي تشبه عملية مسح للعناصر التي توجد بذلك المكان.

ج- **التعقـب trocing** : ويشتمل على انتباه متصل لمنبه ما أو على تركيـز متسلسـل وموجه للذهن عبر فترة زمنية. والمظهر المعقد للتعقب يبدو في القدرة على التفكير فـي فكرتين أو أكثر أو نوعين من المنبهات أو أكثر في نفس الوقت، وعلى نحو متتـابع دون خلط بينهما أو فقدان لأحدهما، ويعد هذا ضروريا في حل المشكلات التي تقتضي تـداعيا متسللا مثل الحساب المركب.

---

[1] زين الدين امتثال، (2007) علم النفس المعرفي، وصف ودراسة الهندسة المعرفية و الوظائف العقلية، بيـروت، دار المنهل اللبنانية، ص.60.

[2] الغباشي، سهير فهيم (1988). التمييز بين فئات مرضى الصرع في الأداء على بعض الاختبارات المعرفية وبعض مقاييس الشخصية، الرسالة دكتوراه، كلية الأداب، جامعة القاهرة، (غير منشورة)، ص.100.

[3] Stonkov, L. (1988) A ging, Attention and intelligence, psychology and aging, 3,59-74. P60.

[4] صالح محمد علي، نوفل محمد بكر، (2007)، تعليم التفكير، النظرية والتطبيق، عمان، دار الميسرة، ص.78.

و على الرغم من إمكانية التمييز بين الانتباه والتركيز والتعقب على المستوى النظري فإن الفصل بين هذه المفاهيم يبدو صعبا من الوجهة العملية، فمن الملاحظ أن أغلب إختبارات الانتباه تتضمن نوعا من التركيز والتعقب العقلي والإحاطة

- مكـونات الانتبـاه :

يشير بوسنر وبـويز **(POSNER & BOIES, 1971)** مـن خـلال النظـر فـي التعريفات المختلفة للانتباه ومراجعة الإنتاج الفكري النفسي إلى أن الانتباه يتكون من ثلاثة عناصر أساسية وهي:

أ- اليقظـة أو وحدة الانتباهALERTNESS

ب- الانتقـاء

ج- سعة أو طاقـة المعالجة PROCESSING CAPACITY[1]

أ- اليقظـة : وهي مواصلة الانتباه، وتتضمن قدرة الفرد علـى مواصـلة الأداء لمـدة طويلة، وقد أشارت نتائج دراسات كل من بيرتلسون **(BERTELSON, 1967)** وبوسـنر وويلكنسون **(Posner& Willkinson, 1969)** ونتـان وكـارلين **(Natanen & Karlin, 1970)**، إلى أن مكون اليقظة أو وحدة الانتباه يعد أحد المكونات الهامة في عملية الانتبـاه ونجد أن مفهوم التيقظ أو التنشيط اللحائي يمثل أحد جوانب الانتباه الأساسية ويشار إلـى هذا الجانب على أنه الانتباه المتواصل أو المستمر، حيث أن الانتباه بطبيعتـه العاديـة لا يمكنه التركيز على عمل محدد إلا لبضع ثوان أو لبعض دقائق فيمكنه تركيز الذهن علـى منبه أو عمل أو مهمة لساعات طويلة ويعتمد هذا التيقظ في أداء المهمة علـى الدافعيـة والميول والاهتمامات لدى الفرد.[2]

---

[1] Posner Mi & Boies, S.J. (1971) Components of Attention Psychological Review 75, p. 391– 405.

[2] الصبوة، محمد نجيب (1984)، القدرة على تكوين التصورات العامة لدى مختلـف الفئـات السـيكاترية، رسـالة ماجستير، كلية الأداب، جامعة القاهرة (غير منشورة) ص.184.

ب- الانتقـاء أو الاختيـار: وهي القدرة على اختيار المعلومات من البيئـة الخارجيـة للفرد، حيث ينتقي الفرد بعض المعلومات ويهمل الأخـرى وتتطلـب دراسـات الانتبـاه الانتقائي أن يختار الفرد منبها معينا، كأن يختار الحروف أكثر من الأرقام.[1]

ج- **سعـة أو طاقة المعالجـة** : وترتبط بفكرة سعة المعالجة المحـدودة وهـي فكـرة مأخوذة من نظرية برود بنت **(Broadbent, 1958)**، حيث يشير إلى أنه من الصعب على الفرد أن يؤدي مهمتين في آن واحد بنفس الكفاءة حتى ولو كان يرغب فـي ذلـك، وأن وجود مهمتين معا سيؤدي إلى التداخل وعدم الفهم لأي منهما[2].

بناء على ما سبق لاحظنا كيف يمكن أن تختلط كلمة انتباه مع كلمات أخرى مثـل التركيز التيقظ، الانتقاء والسبب أن كلمة انتباه تستجيب لعدة معاني، وتقدم المعاجم علـى وجه العموم الانتباه في تعريفين متباعدين جدا، فإما أن يكون الانتباه عمل تركيز وتكيـف مناسب وعندئذ هو مرادف للتيقظ وإما علامة تعلق واهتمام. ونفضل في علم الـنفس أن نحتفظ بالكلمة النوعية للانتباه الذي نصفه بعدة نعوت بهدف التمييز بين أشكاله المختلفة[3].

4- أشكـال الانتبـاه:

إن الفاعليات التي يعمل عليها الانتباه يمكنها أن تكون مختلفة وتقـع فـي فتـرات زمنية مختلفة وفي مستويات مختلفة من العمل الوظائفي السيكولوجي.

ويمكن أن نجمل أنواع الانتباه في ما يلي :

أ- الانتبـاه المنقسم أو المـوزع (Divided attention): وهو المهارة على توزيع هذه القدرات العقلية على رسائل مختلفة ومتزامنة.

ب- الانتبـاه الانتقائـي (Focused selective attention): هو المهارة علـى توجيـه القدرات العقلية نحو رسالة معينة ويحاول استبعاد المنبهات الدخيلة.

---

(1) POSNER MI, &BOIES, S.J. 1986 .OP.CIT. P.391– 405.

(2) Ibid, P.391-405.

(3) بوجون، كريستوف، كيروكريستوف (2005)، الانتباه و النجاح المدرسي، ترجمة وجيه أسعد، دمشـق، منشـورات وزارة الثقافة، ص.11.

إن إشكاليات الانتباه الموزع والانتباه الانتقائي تعرض وجهتان لقضية واحدة، ففي الحالة الأولى هناك تأكيد على صعوبة توجيه الانتباه بشكل متزامن على منبهات متعددة، أما في الحالة الثانية يبدو من الصعوبة توجيه الانتباه إلى منبه واحد وإهمـال المنبهـات الدخيلة الأخرى[1].

يتدخل الانتباه الموزع عندما يتضمن الوضع عدة معلومات لا تثير كلها الاهتمـام، فهناك عدة عمليات ينبغي لها أن تنفذ في زمن واحد حتى تكون الاستجابة مناسبة. ويؤدي توزيع الانتباه إلى نقص كبير في الاستجابات المناسبة أو إلى بطئهـا إمـا فـي إحـدى المهمتين أو في الاثنتين، ذلك أن الانتباه مقسوم بين المهمتين، وهذا النوع من النقص في الفعالية مرتبط بالتدخلات بين المهتمين، وقد يكون هذا النقص في الفعالية ناشئ من قلـة جهد الفرد، ونطلق على هذه الكمية من الجهد غالبا أحد المصطلحين "مصادر الانتبـاه أو مصادر المعالجة"[2].

أما الانتباه الانتقائي أو البؤري (الاصطفائي) فإنه يحيلنا إلى وضع معقد أي إلـى بيئة غنية بالتفاصيل، ولكن الهدف في هذه المرة يكمن في أن يتمحور الانتباه فقط علـى جزء من المعلومات حتى يستجيب لمقتضيات الوضع، فالانتباه هنا يجري نوع من الانتقاء بفعل انتقال ثم تمحور على المعلومة التي يرى الفرد أنها ذات أهمية، ولهذا الاختيار نتيجة مزدوجة هدفها تنشيط الجزء المختار من البيئة وجعل الأجزاء الثانوية وكفهـا، وانتقـال الانتباه صوب الموضوع -أو الموضوعات التي ينبغـي أن يتمحـور عليهـا- انتقـالا سريعا[3].

5- مصـادر معالجـة الانتبـاه:

سوف نقوم بمعالجة مصادر الانتباه الموزع والانتباه الانتقائي.

---

(1) زين الدين إمتثال،(2007) مرجع سبق ذكره، ص.55- 56.

(2) بوجون، كريستوف كيرو كريستوف، (2005) ،مرجع سبق ذكره، ص.19- 20 .

(3) المرجع السابق، ص.22.

5- 1- **فرضيـة القناة الوحيـدة للمعالجـة :**

إن وجود صعوبة في معالجة رسائل متعددة ومتزامنة ربما لوجود حدود بنيوية أو عنق قنينة في مرحلة معينة من معالجة المعلومات، حيث لا يمر سوى منبه واحـد أي أن بنية جهاز الانتباه الإنساني لا تسمح بمعالجة سوى منبه واحد أو رسالة واحدة في مرحلة معينة من المعالجة.

هذه الفرضية للقناة الواحدة للمعالجة درسها وبرهن عليهـا تـالفورد **(Telford, 1931)** أثناء دراسة ظاهرة مرحلة الصمود النفسي، حيث بينت النتائج أن مرحلة الصمود النفسي تعطي نتائج تتوافق مع فرضية القناة الواحدة للمعالجة وتوصلت إلـى أن القـدرة الإنسانية لمعالجة المعلومة محدودة، فكل منبه يخضع لتحليلات متتالية قبل معالجة منبـه آخر.

5- 2- **نمـوذج بروند بنت لعملية الانتبـاه (Broadbent, 1958):**

يركز هذا النموذج على طريقة تدفق المعلومات بين المثير والاستجابة، حيث تدخل المعلومات التي تأتي من المثيرات من خلال الإحساسات ثم تمر عبـر محطـة تخـزين قصيرة المدى مهمتها حفظ المعلومات فترة قصيرة إلى أن يتم تناولها للمرحلـة التاليـة، وقبل أن تتحول المعلومات للمرحلة التالية من التناول تمر عبر مرشـح مهمتـه اختيـار المعلومات المتدفقة إلى المرحلة التالية من التناول.[1]

6- **الأسـاس الفيسيولوجـي للانتبـاه:**

انقسمت البحوث التي اهتمت بدراسة الأساس العصبي للانتباه في بداية السـبعينات إلى اتجاهين:

[1] Fortin.c, et Rousseau, R, (1992). Psychologie Cognitive, Press du Quebec, p.73.

أ)- الاتجاه الأول :

ويبحث في الهياكل والبنيات التشريحية المسؤولة عن وظيفة الانتباه، وذلـك فـي الأماكن المحددة من الجهاز العصبي المركزي (الدماغ)، حيث بين لوريا **(Luria, 1973)** أن هناك ثلاثة أجزاء على مستوى الدماغ مرتبطة بالانتباه.

- جهاز التنشيط الشبكي.
- الفصان الصدغيان.
- قرن آمون (هيبوكامب).

حيث أن جهاز التنشيط الشبكي مسؤول عن مستوى اليقظة لدى الفرد، أما الفصان الصدغيان وقرن آمون، فهما المسؤولان عن التحكم في وجهة الانتباه على الـرغم مـن الأدوارالتي يقوم بها قرن أمون ما يزال غامضا بالرغم من إجراء عليه بحـوث كثيـرة، حيث يعتبر قرن آمون جسم من أجسام المادة الرمادية داخل الفصين الصـدغيين، وهـو يشكل جزء من الجهاز الحافي **(Limbic System)** الذي يسهم في توجيه تركيز الانتبـاه ويتحدد بواسطته ما يستبعد من المجال الإدراكي وما يتم انتقاءه لتسجيله(1).

كما تبين أن الفصين الجبهيين لهما دورا أساسيا في تنظيم الانتباه، حيـث يتمثـل دورهما في كف الاستجابات المتعلقة بالمثيرات غير المناسبة والاحتفاظ بالسلوك الموجـه لهدف معين.

حيث أكدت تجارب لوريا التي أجراها على مرضى مصابين على مستوى الفـص الجبهي، أنهم يعانون صعوبات في كف الاستجابة للمثيرات غير الملاءمة .

ب)- الاتجـاه الثانـي :

ويبحث في تمثيل وظيفة الانتباه على مستوى الجهاز العصبي المركزي وبالتحديـد على مستوى نصفي الكرتين المخيتين، حيث نجد كثير من الدراسات الكهروفيسـولوجية، ودراسات النظائر المشعة التي اهتمت بوظيفة الانتباه على مستوى اللحـاء المخـي بعـد تجارب مقارنة لتسجيلات رسام الدماغ **(EEG)** لنصف الكرة المخية غير المصابة عنـد

---

(1) الغباشي، سهير فهيم،(1988)، مرجع سبق ذكره، ص.106.

مرضى لديهم عطب صدغي جداري أيسر لوحظ بعد المقارنة أن مرضى النصف الأيمن يتمتعون بنشاط كهربائي واضح لموجات ثيتا ودلتا أكثر من مرضى النصف الأيسر وهذا دليل على أن النصف الأيمن له دور خاص في كل من الانتباه الانتقائي والاستثارة.

7- وظائـف الانتبـاه :

يؤدي الانتباه دورا مهما في عملية تجهيز المعلومات باعتبارها العملية المعرفيـة الأولى المسؤولة عن الاختيار بين المدخلات الحسية وانتقاءها من البيئة ووضـعها فـي بؤرة الوعي.[1]

كما يؤدي الانتباه دورا مهما في عمليات التعلم والإدراك والتذكر والتفكير وحـل المشكلات، ومن الضروري هنا أن نتفحص الأدوار التي يقوم بها في أوضاع تلجأ إلـى الإدراك والذاكرة والتعلم.

1- وظيفـة الانتباه فـي الإدراك :

مع التقدم في التكنولوجيا، استطاع الباحثون في علم الـنفس أن يدرسـوا سـلوك الرضع في عمر بضعة أسابيع، وارتكزت هذه الدراسات على تسجيلات مستوى اليقظة أو منعكس الجدة اللذين يقاسان بالإيقاعات البيولوجية أو إيقاعات الرضاعة أو بانتقال نظـر الرضع أيضا .وكانت نتائج هذه الدراسات أن آليات سيكولوجية مرتبطة بالإدراك السمعي مثل الحكم على الفارق بين لغتين، قد تكونت على نحو مبكر جدا بعد بضعة أيام فقط من حياة المولود الجديد. ولوحظ أيضا أن القدرة على الجمع أو على الطرح بواسطة التمييـز بين إضافة شيء إلى مجموع أو سحبه منه أمام نظر الرضيع كانت جـاهزة منـذ عمـر الأربعة أشهر.

فكل شيء بدأ على هذا النحو بالإدراك ويتطور إدراك الرضيع تدريجيا تبعا لنموه السيكولوجي الفكري الذي يسمى أيضا النمو المعرفي[2].

حيث توضح تريزمان **(Treisman, 1995)** أن كل المعلومات المكتسبة التي تسمح بإمكانية التفكير واللغة لها مصدر وهو الادراك.[1]

---

[1] الفقي، اسماعيل محمد ،(1988) مرجع سبق ذكره، ص.3.

[2] بوجون كيرو،(2005)، مرجع سبق ذكره، ص.30.

حيث يعرف دافيدمار **(David Marr ,1982)** الإدراك على أنه ((يدرك : معنـاه يعلم بالمشاهدة أو النظر ما هو كائن أين هو)).

ويمكننا على هذا النحو أن نؤكد أن الإدراك هو صورة الآليات السيكولوجية الأكثر إعدادا أو السائرة في طريق النمو لدى الإنسان ويقتضي إدراك البيئة اسـتخدام عوامـل معرفية أخرى تدعمها عوامل نفس اجتماعية.

كالنظر في الاتجاه الذي ينظر فيه الشخص الآخر، مثل الرضيع الذي ينظـر فـي اتجاه نظر أمه[2]، كما بينت دراسات زمن رد الفعل (الرجع) أن المرضى المصابين فـي النصف الأيمن للدماغ لديهم زمن رجع بطيئ مقارنة بالمرضى المصابين فـي النصـف الأيسر للدماغ.

ويمكن أن نستخلص من النتائج التالية من خلال الدراسات والتجارب التي كشـفت عـن التمثيل العصبي لوظيفة الانتباه :

1- يبدو اللحاء المضيئ من الجهة اليمنى أكثر سيرة في تمثيله لوظيفة الانتبـاه علـى مستوى الجهاز العصبي المركزي (الدماغ).

2- تختص الهياكل العصبية التشريحية التالية بوظيفة الانتباه وهـي :

أ)- التكوين الشبكي والفصان الصدغيان (سيادة الفص الأيمن)، وهما المسـؤولان عـن الانتباه العام الأولي، والانتقال من النوم إلى اليقظة والعكس.

ب)- اللحاء المخي والفصان الجبهيان وقرن آمون (الهيبوكامب)، حيـث تخـتص هـذه المناطق بالانتباه الانتقائي والتوجيه، أي توجيه الاسـتجابة المرتبطـة بـالمثيرات غيـر الملاءمة.[3]

ويمكننا أن نستنتج أن فصوص الدماغ ضرورية لوظائف الانتباه، والمتمثلـة فـي الفص الجداري، والجبهي، والصدغي، والقفوي، والتي تعمل كلها على تسجيل المنبهـات الحسية والتعرف عليها على مستوى اللحاء المخصص لكل حاسة.

---

[1] Daniel Andler, (1992). Introduction aux sciences cognitives, folio essais. P.153.

[2] بوجون كيرو،(2005)، مرجع سبق ذكره، ص.38.

[3] نفس المرجع السابق، ص. 109.

كما يعتبر المهاد (التلاموس) وغيره من مناطق ما تحت القشرة المخية ضـروري لوظيفة الانتباه، حيث تترابط هذه المناطق فيما بينها لتكون منظومة وظيفية متكاملة.[1]

2- دور عمليـة الانتباه خلال مراحل تناول المعلومـات:

إن عملية الانتباه في نظام تكوين وتناول المعلومات تعتمد على افتراض أساسـي وهو أن طاقة وتكوين وتناول المعلومات لدى الإنسان محدودة، وقد حـاول الكثيـر مـن الباحثين (أشارنا إلى اثنين منهم، تالفورد 1931 وبرود بنـت 1958)، وضـع نمـاذج تفسيرية توضح دور عملية الانتباه في تكوين وتناول المعلومات وقد افترضت بعض هذه النماذج أن يكون "مرشح " المعلومات بين مرحلتي الإحساس والتعرف كما فـي نمـوذج برود بنت أو بين مرحلتي التعرف واختيار الاستجابة كما فـي تصـور دتـش **(1987 , Dutsch)** ونورمان **(Norman,1968)** ولذلك لا يقبل نظام تكوين وتنـاول المعلومـات التصورات السابقة وخاصة بالنسبة لعملية الانتباه، حيث يتنـاول هـذا النظـام توضـيح المراحل أو العمليات الضرورية في تكوين وتناول المعلومات منذ تقديم أو ظهور المثيـر حتى خروج الاستجابة، وتستقبل كل مرحلة من المرحلة السابقة ثم تتعامل معهـا بشـكل مستقل عن المراحل الأخرى وتحولها بعد ذلك إلى المرحلة التالية ولذلك يتمثل هذا النظام في انه عبارة عن سلسلة من تحويلات المعلومات تبدأ من مدخلات المثيرة حتى اختيـار الاستجابة،[2] وتتمثل مراحل نظام تكوين وتناول المعلومات في :

1- مرحلة الإحساس أو الكشف.

2- مرحلة التعرف، يشار إلى الانتباه في هذه المرحلة بالإدراك الانتقائي.

و استخلصت الدراسات التي أقيمت من طرف كل من مسـارو وكـان **(Massaro 1973 &Kahn ,)** شيفرين وجاردينير **(Shiffrin & Gardner,1972)** تأثير الانتباه على عملية التعرف البصري والسمعي على ما يلـي :

1- لا توجد فروق كبيرة بين درجة إحساس الأفراد بالمثيرات السمعية في مواقف الانتباه الانتقائي، ومواقف الانتباه المنقسم (الموزع).

---

(1) عبد الحليم، إيمان،(2004) ،مرجع سبق ذكره، ص. 60.

(2) زين الدين ،امتثال، (2007)، مرجع سبق ذكره، ص. 61.

مما يدل على عدم تأثير الانتباه بالنسبة لعملية الإحساس بشكل عام إلا في حالات:

- ظهور المثيرات في مستويات مختلفة في آن واحد .
- حالة التناقص، شدة المثيرات إلى مستوى يتطلب زيادة تركيز الانتباه.

2- لا توجد فروق واضحة في درجة الإحساس بالمثيرات البصرية إلا في مواقف الانتباه الانتقائي التي تتطلب تركيز الانتباه على المثيرات المعروفة على الأفراد.

3- لا توجد فروق واضحة بين مستوى تعرف الأفراد على المثيرات السمعية في مواقف الانتباه الانتقائي والانتباه الموزع، ويظهر التحسن فـي الأداء بزيـادة الفتـرة الزمنيـة المخصصة لعملية التعرف، وخاصة في مواقف الانتباه الانتقائي.

4- تبين أن عملية اختيار الاستجابة هي المسؤولة عن الفروق في التعرف على المثيـرات البصرية في مواقف الانتباه الانتقائي والانتباه الموزع، مما يقلل من أثـر الانتبـاه علـى عملية التعرف .

3- دور عملية الانتباه بين مراحل تناول المعلومات :

تعرفنا مما سبق على دور عملية الانتباه خلال بعـض مراحـل تكـوين وتنـاول المعلومات وسوف نعرض دور الانتباه بين بعض هذه المراحل، حتى نسـتكمل وظيفـة عملية الانتباه بالنسبة للعمليات المعرفية الأخرى مثل الإحساس والـذاكرة، والتعـرف ، واستخلصت الدراسات التي أقيمت من طرف كل من برود بنت وجريجـوري **(Broad Gregory,1963&Bent** التي تضمنت عمليات الإحسـاس، السـمع والـذاكرة وشـلمان جرينبارج **(Shalman,Greebreg, 1971** والتي تناولت مشكلة العلاقة بين الذاكرة ومدى تداخلها مع عملية التعرف البصري ما يلـي :

1. تتطلب المواقف التي يمارس فيها الفرد عمليتي الإحساس والتذكر في آن واحد زيـادة الانتباه إلى مثيرات هذه المواقف مما يوضح دور الانتباه بالنسبة لعملية الإحسـاس فـي المواقف التي تتطلب تناول لعملية التذكر أيضا.
2. إن إمكانية عملية الانتباه تكون محدودة في المواقف التي تتطلب من الأفراد ممارسـة عمليتي التعرف والتذكر خاصة إذا زاد عدد العناصر المعروضة على الأفراد عن سـبعة

عناصر، فلا يؤثر تركيز الانتباه على مستوى التعرف وبالتالي يحتاج الأفراد إلـى فتـرة زمنية أطول في عملية التعرف كلما ازداد عدد العناصر[1].

4- دور الانتبـاه في التعلـم:

إن بعض الأعمال يتعلمها الفرد خلال الطفولة ثم تصبح آلية مثل المشي واللغـة، القراءة قيادة السيارة لدى الراشد. وفائدة هذه الأنواع من التعلمات تكمن في القدرة علـى الاستجابة على نحو ناجح وسريع لأوضاع تكرارية، يرافقها مستوى ضعيف من الانتباه، كما تكمن الفائدة الثانية لهذا النوع من التعلم في القدرة على انجـاز الأعمـال أو أفكـار تقتضي انتباها أكبر[2].

ب. الذاكـــرة :

1)- تعريـف الذاكـرة :

يعد موضوع الذاكرة من الموضوعات التي حيرت اهتمام الباحثين منذ أمد بعيـد، فقد كتب عنها في عهد الفلاسفة اليونان مثل أفلاطون وأرسطو وكـذلك عنـد الفلاسـفة الانجليز الذين يمثلون الاتجاه الترابطي.

ترجع النظريات الحديثة في مجال الذاكرة "*في أصولها* " إلى اسـتعارات لغويـة وردت في كتابات هؤلاء الفلاسفة القدامى.

فأفلاطون كان يتحدث عن عملية التخزين والاستدعاء في شكل اسـتعارة لغويـة، فكان يستخدم كلمة طيور للإشارة إلى أفكار، وكلمة قفص للإشارة إلى عملية التخزين، أما عملية الاستدعاء فكان يشير إليها بانتقال الطيور من قفص إلى قفص[3] .

وعليه تعتبر الذاكرة من أكثر العمليات المعرفية التي درست منذ زمن طويـل، إذ أنها تعد العمود الفقري الذي تدور حوله العمليات المعرفية الأخـرى فـي بنيـة العقـل،

---

(1) Fortin, C, Rousseau, R. Op. Cit. PP 98-99.

(2) بوجون كريستوف، كيروكريستوف(2005)، مرجع سبق ذكره، ص. 56.

(3) حامد ماجدة (1986) التمييز بين الجماعات الإكلينيكية المختلفة على اختبارات الـذاكرة قريبـة المـدى ، رسـالة ماجستير ، كلية الآداب ، جامعة القاهرة ، غير منشورة ، ص. 1.

فالإدراك لا يقوم إلا على تذكر الصور السابقة وكذلك الإحساس والانتباه والتعلم والتفكير وحل المشكلات.

ولهذا السبب اهتم البحث السيكولوجي اهتماما كبيرا بدراسة تعريفاتها وما هيتهـا، مكوناتها ومراحلها واستراتيجيات تقويتها وتحسينها[1].

تعريف الذاكرة : الذاكرة باللاتينية **memoir** من فعل **memorare** (تـذكر)، أي حفظ المعلومات من الماضي مع قدرة تذكرها أو استخدامها[2]، كما نستطيع أن نعرفها على أنها قابلية الفرد للاحتفاظ بالتجربة والمعرفة السابقة أو استدعائها وتذكرها عند اللـزوم، وتتم عملية الاستدعاء للخبرة السابقة عن طريق التخيل أو الكلمات أو غير ذلك [3].

وتعرف أيضا على أنها العملية العقلية الدالة على تخزين المعلومات واسـترجاعها بصورتها الأصلية، ولا يتم ذلك إلا بعد إتمام الاكتساب والتعلم، بينما تعرف من منظـور معالجة المعلومات بأنها تمر بثلاث مراحل، التحويل الشـفري **Encoding** والتخـزين **Storage** والاسترجاع **Rertrieval.**

لقد كان ابنجهاوس **Ebbinghaus** أول من أخضـع العمليـات العقليـة للدراسـة التجريبية الممثلة في قدرتي التعلم والذاكرة، حيث درس الذاكرة وفق نظرية الارتباط عام 1885 فقد صمم مقاطع عديمة المعنى حتى لا تتأثر بالارتباطات ذات المعنى استنادا إلى الخبرات السابقة، وقد أجرى التجارب على نفسه أولا [4].

وقد قدم أرنست هيلجارد (**Erenst Hillgard, 1963**) تحليلا لانجازات ابنجهاوس من خلال مقدمة ابنجهاوس (الذاكرة إسهام في علم النفس التجريبي، والذي قام بترجمتـه من الألمانية إلى الانجليزية سنة 1964 كل من هنري لاجرز **Henry Rugers** وكـلارا بسينس **Clara Bussenius** ويشير هلجارد إلى أربعة ملامح وسمت تجارب إبنجهاوس.

---

(1) فوقية عبد الفتاح، (2005) علم النفس المعرفي بين النظرية والتطبيق، القاهرة، دار الفكر العربي، ط1 ، ص.55.

(2) Sillamy,N. Dictionnaire de Psychogie LT , Paris Bordas .P.729.

(3) عبد القوي سامي (2001)، علم النفس العصبي الأسس وطرق التقييم، مطبوعات جامعة الإمارات العربية المتحدة ، ط1، ص191 .

(4) فوقية عبد الفتاح ، (2005) مرجع سبق ذكره ، ص. 55.

1- استعاض عن الاستبطان بالدلائل الموضوعية للذاكرة مستخدما طريقة إعـادة الـتعلم ودرجة التوفير، للوقوف على كيفية الاحتفاظ بالمعلومات .

2- قدم مادة جديدة للتذكر وهي المقاطع الصماء .

3- نقد قوانين الارتباطات خاصة قانوني : الاقتران والتتالي المباشر، وقام بدراسة كمية الارتباطات البعيدة.

4- استخدم المفاهيم الإحصائية والرياضية لاختبار دلالة نتائجه. أما عن أهم النتائج التي توصل إليها ابنجهاوس والتي كانت تمثل إسهاما فعليا في عصره، ومازالت صادقة حتـى وقتنا هذا يمكن تلخيصها على النحو التالـي :

- بمقدار ازدياد الفترة الزمنية المنقضية ما بين التسجيل والاستدعاء يزداد النسيان.

- إن محاولات الحفظ تزداد بازدياد طول المادة المتعلمة.

- قدم منحنيات ومعدلات النسيان باختلاف العوامل المؤثرة .

- التكرار الموزع للمادة يؤدي إلى نتائج أفضل في تذكرها من التكرار المكثف وابتـداء من ابنجهاوس بدأت الذاكرة تحتل مكانها في كتب علم النفس التجريبي وعلم النفس العام، والطب النفسي وعلم النفس الإكلينيكي وعلم النفس العصبي وعلم الـنفس الفيسـيولوجي ولعل تعدد فروع العلم التي تناولت موضوع الذاكرة ليؤكد أهميتها كقدرة عقلية معرفية[1].

---

[1] حامدة ماجدة، (1986) مرجع سبق ذكره ، ص. 3.

2- أنواع الذاكـرة:

يمكننا أن نميز عدة أنواع للذاكرة وهذا وفق معايير ثـلاث :

1- المعيار الأول وقت عمل الذاكـرة : ووفقا له يمكن أن نجد **:**

أ- الذاكـرة الفورية.

ب- الذاكـرة المؤجلة لوقت قصير.

ج- الذاكـرة طويلة المدى.

2-**المعيار الثانـي : السياق المعمول به**: ووفقا له يمكن أن نميز بين :

أ- ذاكرة تلقائية.

ب- ذاكرة إرادية

3- **المعيار الثالـث : العضو الخاص بالاحساس** : ووفقا نميز بين :

أ- ذاكـرة سمعية

ب- ذاكـرة مرئية

ج- ذاكـرة ذوقية

د- ذاكـرة لمسية

أكدت نتائج أعمال علماء الـنفس السـوفيات زنشـنكو **Zinchinko**، سـميرنوف **Smirnof** أن الذاكرة التلقائية أو التذكر التلقائي له أهمية أكبر لدى الأطفال مـنهم لـدى الأفراد الأكبر سنا، ولدى الكبار الراشدين على وجه الخصوص .

وأن كمية المعلومات المحتفظ بها تكون أكبر عندما تكتسب بتلقائية مقارنة عند اكتسـابها بإرادتنا، وأن الذي نحتفظ به بتلقائية يحفظ لوقت أكبر مما احتفظنا به بإرادتنا(1).

ويميز جون ديلاي **Jean Delay** بين ثلاثة مستويات متسلسلة في الذاكرة.

---

(1) Sillamy.N, op. cit, p.729.

المستـوى الأول: وهو المستوى الحسي الحركي، يتعلق بالإحساسات والحركـة، وهـو مشترك بين الحيوان والكائن البشري.

المستوى الثانـي : وهو الذاكرة الاجترارية (*الانطوائية*) التي تظهر لدى الأطفال فـي سن ثلاث سنوات، وتترك بصماتها في الانفعال أثناء الوضعيات المعاشة، ولكن لا تخضع إلا لقوانين اللاشعور.

وهي التي تكون المادة الأولية للأحلام والمتخيل، و تكون الهذيان عند المرض.

المستوى الثالـث : من وجهة نظر علم النفس التكويني، يوضح أن الذاكرة تعتمد علـى نضج الجهاز العصبي ولا تعمل كميكانيزم مستقل، هي مرتبطة بالجهاز النفسـي ككـل، وتتوقف الذاكرة على الوجدان وشمولية الجهاز المعرفي انطلاقا من الانتباه حتى الذكاء.

وهكذا فالذاكرة هي مجموع العمليات التي تتطور بالتربية والتجربة [1].

كما يشير فرج طه إلى إمكانية تقسيم الذاكرة إلى ذاكـرات نوعيـة مثـل ذاكـرة الأسماء وذاكرة الأماكن، وذاكرة الأرقام وذاكرة الأفكار وذاكرة الصور... إلخ. حتـى أن الفرد قد يكون قوي الذاكرة بصفة عامة ولكنه ضعيف في نوع معين منها.[2]

كما يوضح سكاكتر (**Schacter, 1987**) فكرة مفادها إذا كانت اختبارات الـذاكرة تقيس مختلف السياقات فإنه نسجل أيضا أنها تقيس عدة ذاكرات، ومـن البداهـة إذن أن الذاكرة طويلة المدى ليست نظام بسيط وحيد، بل إنها تتكون من عدة أنظمة فرعية.

كما يشير تولفنيك **(Tulving 1972 , 1985)** إلى ضرورة التميـز بـين الـذاكرة الثانوية والذاكرة الدلالية (العرضية) أوذاكرة المعاني حيث أن الذاكرة الثانوية هي ذاكـرة الأحداث الخاصة تتدخل متى وأين وقعت الأحداث، وتتضمن مجموع الخبرات الشخصية المسجلة.

أما ذاكرة المعاني (*الذاكرة الدلالية*) : فهي ذاكرة المعلومات العامة أو المعـارف العامة لا ترتبط بزمن معين أو سياق خاص[1].

---

[1] Ibid, p.730.

[2] فرج عبد القادر طه ، محمود السيد أو النيل، شاكر عطية قنديل ، حسين عبد القادر محمد ، العميد مصطفى كامـل عبد الفتاح ، (بدون سنة نشر) ، معجم علم النفس والتحليل النفسي ، دار النهضة العربية ، بيروت ، ص.204.

وأيد هب (**Hebb,1949**) التمييز بين الذاكرة طويلة المدى والتي بنيت على أساس تقوية الروابط بين تجمعات الخلايا داخل المخ، والذاكرة قصيرة المدى والتي اعتبرت من طرفه أنها بنيت على أساس التنشيط الكهربائي المؤقت للخلايا العصبية المناسبة.

وكانت حججه في التمييز بين الذاكرتين الطويلة والقصيرة على الدليل التجريبي في ضوء أن المادة اللفظية أظهرت أنها تعتمد على التشفير الفونولوجي بينما الذاكرة طويلـة المدى تعتمد على التشفير الدلالي القائم على المعنى، بالإضافة إلى أن بعض المهام تتكون من مكونين، فإذا تم إعطاء المفحوص، قائمة كلمات للتذكر التلقائي الحالي، سيكون هناك تذكر جيد للمفردات الأخيرة بالقائمة، وهو ما يعرف بتأثير الأثر، وإذا تم تأجيل التـذكر فإنه سيحدث تداخل ويختفي تأثير الأثر.

وقدم دونالد برود بنت 1918 الانتباه كنموذج لنظام معالجة المعلومـات و الـذي أشار إلى وجود مخزنين للذاكرة أحدها قصير والآخر طويل المدى.

ويعد وليام جيمس (**Jams,1966**) أول من أشار إلى تقسيم الذاكرة، وقد ميز بين الذاكرة الفورية والذاكرة غير المباشرة أو الثانوية التي اعتبرها مستودع خفي للمعلومات التي سبق تخزينها لأنه من الصعب استرجاعها، لذا أطلق عليها الذاكرة الدائمة، وبـذلك يكون قد ميز بيـن :

الذاكـرة المؤقتة الأولية Primary Memory (PM)

الذاكـرة الدائمة الثانية Secondary Memory (SM)[2]

إن تقسيم الذاكرة إلى ذاكرة قصيرة المدى وأخرى طويلة المدى كان محل خـلاف بين العلماء، منذ الستينات، فهناك من يؤيد هذا التقسيم وهناك من يعارضه.

وتعرف الذاكرة قصيرة المدى أو الفورية بأنها الحالة الشعورية التي تحتل انتبـاه الفرد، حتى أن البعض يساويها بحالة الانتباه، كما تعرف بأنها الذاكرة العاملة التي يقـوم

---

[1] فوقية عبد الفتاح (2005)، علم النفس المعرفي بين النظرية والتطبيق، ط1، القاهرة، دار الفكر العربي ، ص.56.

[2] نفس المرجع السابق، ص.56-57.

بالتفكير وحل المشكلات، ويقصد بها أيضا مخزن المعلومات، وتقترب مدته من حـوالي 30 ثانية.

أما الذاكرة طويلة المدى، فهي مخزن المعلومات لما هو أبعد من ذلك.(1)

وقد ذهب جيمس إلى أن الذاكرة الأولية ترتبط بشكل كبير على ما يطلق عليه الآن الذاكرة، قصيرة المدى، ولكنها ليست مماثلة لها، حيث لا تنفصل أبدا عن الوعي، وتقـدم ترجمة أمينة للأحداث بمجرد إدراكها، والذاكرة الثانوية أو الدائمة التي تصورها (*جيمس*) كمجازات تنطبع على نسيج المخ لدى المفحوصين (2).

وفي عام 1968 نشر اتكنسون وشيفرن **A Tkinson Shffrin** كتابهما " الـذاكرة البشرية " قدما فيه نموذجا يسمى" *النموذج البنائي للذاكرة* " والذي يعـد نموذجـا متعـدد المراحل لكيفية تكوين ومعالجة المعلومات في الذاكرة البشرية، وقد ميـزا بـين مفهـوم الذاكرة ومستودعات الذاكرة، حيث يشير الأول إلى البنيات والمعلومات المحتفظ بها، بينما يشير مصطلح مستودع إلى المكون البنائي الذي يحتوي على المعلومات.

ووفق هذا التصور فإن للذاكرة ثلاث مستودعات:

السجلات الحسيـة Sensery Registers: الذي تسجل فيه المنبهات في إطار البعد الحسي وتتلاشى في أقل من ثانية، أو يتم لها مزيد من المعالجة، وهناك مكونات فرعية للمسـجل الحسي وهي: المسجلات البصرية والسمعية واللمسية، وقد تتلاشى وتتحال هذه المثيرات سريعا أو تنتقل إلى المركز الثاني وهو مستودع الذاكرة قصيرة المدى، حيث تبقى لفتـرة زمنية حوالي 15 ثانية وذلك حين يوجه الفرد انتباهه لهذه المثيرات، إلا أن طاقة الذاكرة قصيرة المدى محدودة، ويمكن الاحتفاظ بالمعلومات لفترة أطول باستخدام الحفظ والتكرار وذلك بسبب تلقيها المعلومات.

---

(1) محمد نعيم شريف(1994): دراسة عن مدى الارتباط بين الذاكرة القصيرة والطويلة ، دراسات نفسية مـج 4 ع4 أكتوبر،، ص.557 ، 570.

(2) زين الدين امتثال ، (2007)، مرجع سبق ذكره ، ص.79.

وحسب هذا النموذج فإن المخزن قصير المدى هو الجزء النشط في الذاكرة، فهـو المسؤول عن استرجاع المعلومات سواء منه أو من المخزن طويل المدى، كما أن اختلاف المخازن الثلاثة يرجع إلى اختلاف الوظيفة الخاصة بكل مخزن.

وتمثل الذاكرة قصيرة المدى منظومة الذاكرة العاملة **Working Memory**، فإذا تم تكرار لهذه المعلومات فإنها تنتقل إلى الذاكرة طويلة المدى، حيث يتم تخزينهـا بصـورة ثابتة،[1] نستنتج من تصور أتكستون وشيرفين أن للذاكرة ثلاثة مستودعات:

1 – المسجـل الحسي.

2- مستـودع قصير المدى.

3- مستـودع طويل المدى.

ويتم تسجيل المعلومات في إطار البعد الحسي المناسب، وبعد ذلك إما أن تتلاشـى هذه المنبهات أو تحظى بمزيد من المعالجة.

وقد ميز (أتكستون وشيرفين) تمييزا مهما بين مفهـوم الـذاكرة ومسـتودعات الذاكرة، واستخدما مصطلح " ذاكرة " ليشيرا إلى المعلومات المحتفظ بها في حين يستخدم مصطلح " *مستودع* " ليشير إلى المكون البنائي الذي يحتوي على المعلومات التي يمكن أن تدخل إلى المستودع طويل المدى بعد تقديمها بفترة قصيرة في حين أن معلومـات أخـرى يمكن أن تحتفظ بها لعدة دقائق في المستودع قصير المدى ولا تدخل مطلقا إلى المستودع طويل المدى.[2]

إن المسجل الحسي يعمل على الاحتفاظ المؤقت بالمعلومات حول المنبه، كما كـان معروضا في البداية، يمكن أن تتغير هذه المعلومات إلى شكل جديد غالبا ما تنقل بصيغته إلى المراحل التاليـة:

---

[1] فوقية عبد الفتاح، (2005) ،مرجع سبق ذكره، ص.57 – 58 .

[2] سولسو روبرت، علم النفسي المعرفي, ترجمة محمد نجيب الصبوة, مصطفي عمر كامل , محمد الحسانين الـدق , القاهرة, مكتبة الانجلو المصرية, ص.350.

وكما سبق وأن قيل فإن المعلومات لا تبقى في المسجل الحسي لفترة طويلـة، لأن الأثر يتلاشى بسرعة على أثر دخول معلومة جديدة.(1)

3- المظـاهر الأساسية للذاكـرة :

يمكن تحديد ثلاث مظاهر أساسية للذاكرة :

- **المظهـر الأول** : نظام تخزين المعلومات.
- **المظهـر الثاني** : نظام الذاكرة قصيرة المدى.
- **المظهـر الثالث** : نظام الذاكرة طويلة المدى.

3-1- نظام تخزيـن المعلومـات :

يقوم نظام تخزين المعلومات الحسي بنقل صورة العالم الخارجي بدرجة دقيقة كما تستقبلها أعضاء جسم الإنسان، وتدوم تلك الصورة عادة ما بين 0.1 و0.5 مـن الثانيـة وهذا راجع لسرعة استقبال أعضاء الحس للمعلومات الواردة إليها من المثيرات، والأثـر المرئي الذي تتركه تلك المثيرات يبقى في الذاكرة الحسية لفترة تقدر بـ 0.25 من الثانيـة أي حوالي 250 مليثانية، وعادة ما ترتبط عملية تخزين المعلومـات الحسـية البصـرية بخصائص زمن الاستجابة في النظام الحسي البصري، ويستخلص الفرد معنى للمعلومات التي تستقبلها الحواس وتخزن في الذاكرة.

وتقتصر وظيفة النظام الحسي على التصوير الدقيق لكل ما يصل إليه من معلومات عن طريق الحواس، على الرغم من أن اغلب المعلومات التي يسجلها قد لا تكون لـديها قيمة للفرد فيما بعد.(2)

والأساس في التخزين الحسي انه يحتفظ بالمعلومات في صورة حسية وغير منظمة قبل أن تقرا أو تصنف أو تفسر.

---

(1) روبرتا كلاتسكي (1995)، ذاكرة الإنسان، بنى عمليات في ضوء منهجية علم النفس المعرفي ترجمة: جمال الـدين الخضور، دمشق، وزارة الثقافة، ص.39.

(2) زين الدين امتثال، (2007)، علم النفس المعرفي، مرجع سبق ذكره، ص.97.

ومصير تلك المعلومات إما أن تعالج أو تنتقل من الذاكرة الحسية إلى تخزين قصير المدى أو تخزين طويل المدى أو تفقد (*تنسى*) أو تهمل.[1]

3- 2- الذاكرة قصـيرة المـدى :

تتوسط الذاكرة قصيرة المدى المستقبلات والمستودع الموسع للمعلومات والمعارف (الذاكرة طويلة المدى)، وهي ذات سعة محدودة للغاية وتستخدم كمستودع مؤقت يمكن أن يحتفظ بمقدار محدود من المعلومات، ويمكن أن يحول المعلومات ويستخدمها فـي إنتـاج استجابات.[2]

ويستمر التخزين قصير المدى من ثانية إلى ثلاثين ثانية بعد عرض مثير، ويحدث التعامل المبدئي مع مادة المثير في هذه المرحلة حيث يتم نقل المعلومات مـن التخـزين الحسي أثناء هذه الفترة، وقد يكون التخزين قصير المدى فترة مؤقتة أو مرحليـة وهـي عبارة عن خطوة تالية للتخزين الحسي.[3]

وقد أوضح ليود باترسون **(Liod Paterson,1959)** إن قدرة الإنسان على الاحتفاظ بالمعلومات في مستودع الذاكرة المؤقتة محدود ومعرض للنسيان إذا لـم تكـون فرصـة التسميع الذاتي للمعلومات، وقد لجا إلى تجربة مفادها انه قرأ أمام المفحوصين مجموعـة من ثلاثة حروف وطلب منهم تذكرها بعد فترات متفاوتة، وقام المفحوصون خلال هـذه الفترات (بين سماع الحروف ومحاولة استدعائها) بأداء بعض المهمات (التشويش) تمنـع التسميع الذاتي لتتابع الحروف.[4]

ودلت النتائج إلى أن الاستدعاء قد تضاءل بشـكل واضـح بسـبب عـدم تمكـن المفحوص من القيام بالتسميع الذاتي، وبالتالي فان بعض أجهزة الذاكرة يمكن أن يحـتفظ بالمعلومات ولكن إذا لم تتبع بالتسميع الذاتي فإنها تزول من الذاكرة، وتعني هذه النتـائج وجود ذاكرة مؤقتة لها خصائصها.

---

[1] ارنوف ويتيج (1977) ، نظريات ومسائل في مقدمة علم النفس ، ترجمة عادل عز الدين الأشول، محمد عبد القادر عبد الغفار، عبد العزيز السيد الشخص ، نبيل عبد الفتاح، القاهرة، دار ماكروهيل للنشر ص.192.

[2] زين الدين امتثال(2007) مرجع سبق ذكره، ص.98.

[3] ارنوف ويتيج ، مرجع سبق ذكره ، ص.193.

[4] زين الدين امتثال ، مرجع سبق ذكره، ص.99.

3- 2-1- خصائـص الذاكرة قصيرة المـدى :

أ- سعة الذاكـرة

ب- قصيرة المـدى :

حاولت دراسات عديدة تحديد كمية المعلومات التي يمكن أن تكون موجودة ونشطة في الذاكرة قصيرة المدى، والمشكل الأساسي الذي واجه الباحثين هـو مفهـوم "*وحـدة القياس*" لتقدير تلك السعة، هل هي وحدة بسيطة كعدد الحروف أو عدد الكلمات أو الجمل؟

ولتقدير سعة الذاكرة قصيرة المدى، استخدم العلماء منذ قرن تقريبا إجراء للتـذكر المتسلسل الفوري، حيث يتلخص في قائمة من الحروف أو الأرقام ويطلب من المفحوص مباشرة بعد الانتهاء من قراءة القائمة أن يتذكر الوحدات كما عرضت، والعدد الأكبر من الوحدات التي يتمكن المفحوص من استدعائها بدقة تسمى بمـدى المحفوظـة **(Empan Memorique)** أو بالانجليزية **(Memory Spam)**[1].

وقد كتب ذلك ميلر **(Miller 1956)** في مقاله المشهور، رقم سبعة السحري، علـى الأكثر اثنان، حيث بين فيه بعض الحدود لقدرتنا لتحليل معالجة المعلومة، واكتشف العدد الخاص بالبنود التي يمكن للفرد أن يحتفظ بها في ذاكرته، وهي تقدر عادة بسبع وحـدات بغض النظر إذا كانت أرقاما أم حروفا.

لقد قدم ميلر تفسيرا للكيفية التي يتم بها ترميز الفقرات في الذاكرة قصيرة المدى، فقد يتم تجميع الحروف التي تكون كلمة في وحدة (كلمة) واحدة، وإن كل مـن وحـدات الكلمة هذه قد شغلت أيضا حيزا واحدا في الذاكرة قصيرة المدى، إن التقسيم إلى وحـدات كبيرة (الجزل) **Chunking** أو ترميز وحدات مفردات إلى وحدات اكبر يؤدي إلى زيـادة سعة الذاكرة إلى حد كبير.

إن مدى التذكر الذي يقاس بالكلمات ينخفض لفائدة عدد المقاطع في الكلمات، وهذا مـا وضـحه كـل مـن بـاريللي وتومسـون وبوشـانان **(Baddeley, Thomson, Buchanan,1975)**، وبالتالي لا يمكن تحديد سعة الذاكرة قصـيرة المـدى فقـط بعـدد

---

[1] زين الدين امتثال،(2007) ،ص.100.

الوحدات بالتخلي عن مدى هذه الوحدات واعتبروا أن عدد المقاطع الموجود في الوحدات المعروضة للحفظ يؤكد حدود أو يحدد التذكر التسلسلي الفوري.

ت- أثـر الحداثـة:

زيادة على مفهوم الاستيعاب في مدى المحفوظة أقام تولفينج وكولاتلا (**Tulving et Colatla**) بتقدير سعة الذاكرة قصيرة المدى انطلاقا من عدد الفقرات الحديثة وتوصلا إلى السعة التقديرية الوسطية بحدود 3.6 رقم. إذا قارنا هذه السعة بما توصل إليه العلماء عن طريق إجراء التذكر التسلسلي الفوري فنجدها قليلة.

كما اثبت كريك (**Craik ,1986**) إن تقدير سعة الذاكرة القصيرة المدى من خـلال تجربة تأثير الحداثة، تبقى ثابتة لفقرات تتضمن من واحد إلى أربع مقاطع[1].

يتم تذكر أي مثير يدخل ضمن قائمة بصورة أفضل من غيره أما بقية محتويـات القائمة فتتبع الشكل العام لمنحنى التذكر بحيث يتم تذكر المحتويات الأولى والأخيرة للقائمة بدرجة أفضل من المحتويات الوسطى في القائمة وتسمى هذه الظاهرة بأثر فون ريسورف (وكان يطلق عليها بأثر الانعزال)[2].

3- 3- الذاكـرة طويلـة المـدى:

إن قدرة الفرد على التعامل مع الأحداث الحسية التي تكون الحاضر يعتبر الوظيفة الأساسية للذاكرة الفورية قصيرة المدى بينما قدرته على التعامل مع الماضي واسـتخدام هذه المعلومات لفهم الحاضر هي وظيفة الذاكرة طويلة المدى.

وذلك يمكن أن نستنتج أن الذاكرة طويلة المدى تسمح للفرد بان يعيش في الماضي والحاضر من خلال فهم التدفق الذي لا يتوقف للخبرات المباشرة.

إن الخاصية الأكثر تمييزا للذاكرة طويلة المدى هي ثراؤهـا بالشـفرات وتجديـد المعلومات والبنية والدوام.

ويتم الترميز في الذاكرة طويلة المدى صوتيا وبصريا ودلاليا.

---

(1) زين الدين ، امتثال، مرجع سبق ذكره ، ص.104.

(2) ارنوف ويتيج ، مرجع سبق ذكره، ص.195.

فقد أكدت البحوث صحة نظام الترميز المعقد للذاكرة الطويلة المدى، وبصفة عامة يمكن أن ينظر إلى الذاكرة طويلة المدى بأنها مستودعا لكل الأشياء في الذاكرة التـي لا تستخدم في الوقت الحاضر، لكن يمكن استرجاعها بكفاءة [1]

و يحدث التخزين طويل المدى عندما تعالج مواد التخـزين الحسـي أو التخـزين قصير المدى ويتم تسجيلها، أو بعبارة أخرى عندما تعالج هذه المواد لأجل تذكرها لفتـرة تزيد عن ثلاثين ثانية وكلما حدث اكتساب أولي واستمرت قـدرة الفـرد علـى الإتيـان بالاستجابة المناسبة، كانت لحالات التخزين طويل المدى فترات تذكرية غير محدودة[2]

و يمكن أن تصنف الذاكرات التي تتضمنها الذاكرة طويلة المدى إلـى :

أ- **الذاكـرة العرضية :** وتتضمن الذكريات والتجارب الخاصة التي مر بها الفرد.

ب- **ذاكـرة المعاني :** وتتضمن المهارات الإدراكية في فهم اللغة

ت- **الذاكـرة البيانية :** وتتضمن معتقدات الفرد عن الآخرين وعن نفسه وعـن الكيفيـة التي يسلك بها الفرد في مختلف المواقف الاجتماعية التي يسعى لتحقيقها.

ث- **الذاكرة الإجرائيـة** : وتتضمن المهارات الحركية للفـرد، أو مهاراتـه فـي حـل المشكلات في مختلف الميادين والخطط في كيفية الانجاز إن القيام بهذه المهارات يتطلب التدريب الطويل.

كما تحتوي الذاكرة الطويلة المدى على التصور المكاني للعالم من حولنا والبنـى الرمزية المناظرة لصور الأشياء الهامة في حياتنا (المنـزل، المدينـة، الدولـة، الكـرة الأرضية...).

كما تحتوي على معلومات الفرد عن قوانين الطبيعة وأصل الكون وبنيتـه العامـة وعناصره.

هذه الأنواع من الذاكرة ليست وحدات متميزة ومنعزلة الواحدة عن الأخرى، بـل تعمل بشكل مستقل وظيفيا، فهي أشكال مترابطة [3].

---

(1) زين الدين ،امتثال، مرجع سبق ذكره ، ص.113.

(2) ارنوف ويتينج ، مرجع سبق ذكره ، ص.193.

(3) Fortin claudette . Rousseau Robert.Op.Cit.p.185.

4- بيولوجيـة الذاكـرة :

مكان الذاكرة وكيفية عملها كانا موضوعي سؤالين حيـر عـددا مـن النفسـانيين الفيسيولوجيين، حيث تواصلت الأبحاث في هذا المجال أكثر من نصف قرن، ورغم هذا لا نملك حتى الآن إلا القليل من الإجابات التي تسمح بتوضيح المشكل بصفة دقيقة.

بذل لاسهلاي **(Lasehlay,1920)** جهدا كبيرا أو أفنى جزءا معتبـرا مـن حياتـه محاولا فيه أن يجد مركزا خاصا للذاكرة، ولكن بالرغم من العطب الذي تركه على عـدة مناطق من دماغ فئران التجربة في بداية 1960 توصل إلى نتيجة مفادها انه لا يمكن أن نستخرج من الدماغ المعلومات التي اكتسبت (لا يمكن أن تزول المعلومات عن الـدماغ) حتى وإن نزعنا 15-20% من المادة الدماغية.

وعند نزع 50% من المادة الدماغية اضطربت العمليات التي اكتسبت، عندها تأكد لاسهلاي انه ليس هناك مركز واحد للذاكرة ولكن هذا المركز ينتشر على مجموع الجهاز الحسي المركزي[(1)].

كما بينت دراسات علماء النفس الفيزيولوجيين انه لا وجود لمكان مخصص للذاكرة ولكنها تعتمد على بعض المواقع في المخ مثل قرن امون "هيبوكومبوس" وعلى شـمولية اللحاء المخي، وهذا ينطبق أكثر على الذاكرة طويلة المدى، فإن كل المخ مسـؤول عـن الذكريات وأي جروح أو أورام به ينتج عنها فقدان للذاكرة.[(2)]

بعد التعرف على وجود آثار لإصابة الفص الصدغي من الناحية الوظيفية تتمثـل في اضطرابات اللغة واضطرابات الذاكرة، تم الكشف عن الأساس العصبي للذاكرة حيث يؤدي الفص الصدغي دورا هاما في الذاكرة إذ يقوم بالإدراك السمعي للمثيرات السـمعية ويعمل على تخزين المعلومات للمدخلات الحسية.

كما تؤدي منطقة قرن امون دورا هاما في الذاكرة، وخاصـة ذاكـرة الأحـداث القريبة، حيث يؤدي إصابة الفص الصدغي الأيسر إلى ضعف استدعاء المواد اللفظية مثل القصص القصيرة، وقوائم الكلمات، أما إصابة الفص الصدغي الأيمن فيؤدي إلى ضـعف

---

(1) Ibid., p467-468
(2) Sillamy Norbert,Op.Cit. p.730.

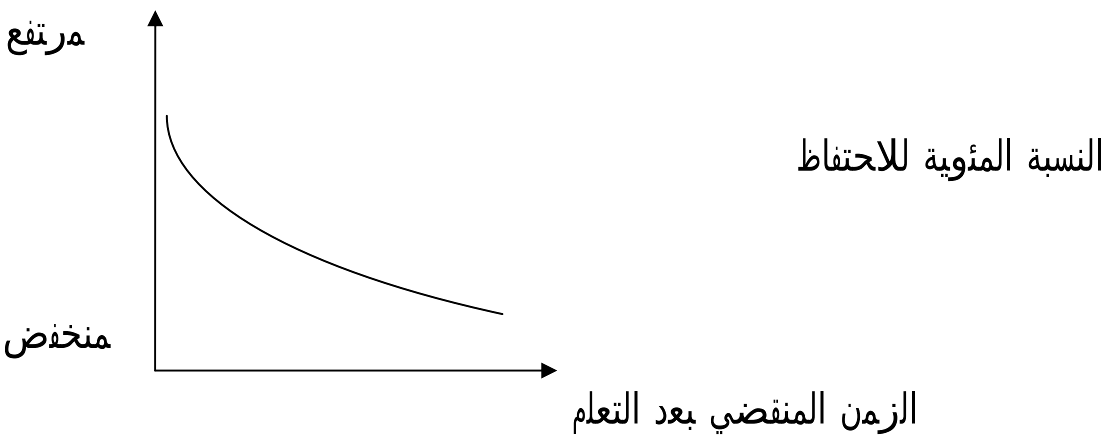
استدعاء المواد غير اللفظية، مثل الرسومات الهندسية والوجوه، كذلك فان الفص الجداري له دور مهم في الوظائف المعرفية كالذاكرة قصيرة المدى والذاكرة العاملة وعلى هذا فان إصابة المنطقة الصدغية الجدارية تؤثر على القدرة على استدعاء الأرقام.[1]

كما أوضحت دراسات لوريا(Luria,1986) وفراح (Farah,1988) ان تلف النصف الأيسر من المخ مرتبط باضطرابات الذاكرة اللفظية أما تلف النصف الأيمن من المخ فيرتبط بذاكرة المواد البصرية، وهذا دليل على النتائج التي توصلت إليها نظرية الترميز الثنائي للذاكرة ،و هناك نظام خاص بترميز المعلومات البصرية ومعالجتها ونظام آخر لترميز المعلومات اللفظية ومعالجتها.[2]

5- النسيان:

ظاهرة النسيان من الظواهر النفسية المرتبطة دائما بالتذكر،و تعني هذه الظاهرة فقدان المعلومات المحتفظ بها في الذاكرة، حيث يمثل الاحتفاظ الجانب الايجابي للذاكرة، بينما يمثل النسيان الجانب السلبي لها.[3]

و قد كرس هيرمان ايبينجهاوس معظم جهوده في دراسة العمليات التذكرية والاكتساب في التعلم اللفظي، وقد توصل إلى استنتاج وهو أن اكبر فقد يظهر فورا بعد الاكتساب (الاحتفاظ) وبعد ذلك يقل معدل الفقد والشكل(4-2) التالي يمثل منحنى النسيان:



(1) عبد القوي ، مرجع سبق ذكره، ص.91.

(2) المرجع السابق، ص.81

(3) زين الدين،مرجع سبق ذكره، ص.121.

وعلى الرغم من أن الشكل العام يصدق في كثير من الحـالات إلا أن المسـتوى والشكل قد يختلفان إلى حد ما، بسبب المتغيرات الفردية كالدافعية، والمواد المتعلمة وكمية التكرار.[1]

5-1- نظـريات النسيـان:

5-1-1النسيـان كنتيجة للتداخـل:

يعتبر هذا التفسير من أوائل التفسيرات التي تناولت ظاهرة النسيان إذ يقوم علـى تصور أن النسيان يتم بواسطة التداخل بـين عناصـر المعلومـات الجديـدة وعناصـر المعلومات الموجودة أصلا في الذاكرة، أي أن كل عنصر جديد يعمل على أضعاف تذكر عنصر قديم.[2]

و تعتمد دراسات نظرية التداخل على الاختبار التجريبي، وقد تم دراسة ما يعرف بالكف ذي التأثير اللاحق والكف الرجعي والسؤال الذي كان موضع الدراسة مـواده:مـا تأثير واجب معين على تذكر بعض مواد التعلم الأخرى ؟

الكف والتأثير اللاحق: يتضح التصميم التجريبي للكف ذي التأثير اللاحق (ك.ل) كما يلي:

	خطـوة 1	خطـوة2		خطـوة 3
مجموعة تجريبية	تعلم ا	تعلم ب	راحة	اختبار ب
مجموعة ضابطة	راحة	تعلم ب		اختبار ب

فإذا اختيرت المادة في واجب ب نجد أن المجموعة الضابطة تؤدي بصورة أحسن من المجموعة التجريبية، وهذا يعني (مع فرض عدم وجود تداخلات تجريبيـة) حـدوث الكف ذي التأثير اللاحق ومعناه أن المادة المتعلمة ا قد تدخلت في التذكر اللاحق للمادة ب

الكف الرجعي : تتم دراسة الكف الرجعي (ك.ر) باستخدام التصميم التجريبي التالـي:

---

[1] ارنوف ويتيج، مرجع سبق ذكره، ص.195.

[2] سولسو لابرت ، علم النفس المعرفي، ترجمة:محمد نجيب الصبوة، مصطفى عمر كامل محمـد الحسـانين الـدق، القاهرة ، مكتبة االانجلو المصرية، ص.350.

	خطـوة 1	خطـوة2		خطـوة 3
مجموعة تجريبية	تعلم 1	تعلم 2	راحة	اختبار 1
مجموعة ضابطة	تعلم 1	راحة		اختبار 1

ومرة ثانية إذا كان أداء المجموعة الضابطة أحسن بصورة ملحوظة في الخطـوة رقم 3 من أداء المجموعة التجريبية فان تعلم الواجب 2 قد تـدخل أو اثـر فـي تـذكر الواجب1.[(1)]

ويشير الكف الرجعي إلى الأثر الكافي الذي تمارسه المواد الجديدة علـى المـواد القديمة، في حين يشير الكف اللاحق إلى الأثر الكافي للمواد القديمة على المواد الجديدة.

واحد حلول معضلة التعلم السابق الذي يتداخل مع التعلم الجديد هو افتراض وجود نوعين من نظم الذاكرة طويلة المدى، حيث ميز تولفينك بين الـذاكرة الدلاليـة وذاكـرة الخبرات الشخصية، وهذه النظرة تعطينا الإجابة حول السبب في أن التداخل يظهر بشكل كبير في الدراسات المختبرية، بينما لا تمارس المعلومات الجديدة، في الحياة اليوميـة، إلا قليلا من الأثر على المعلومات السابقة .

وقد تكون ذاكرة الخبرات الشخصية أكثر عرضة للتداخل من خلال مرور العديـد من المعلومات فيها ومنها، في حين قد تظل الذاكرة الدلالية التي تتصل بالمعاني في معزل عن هذا التدفق من المعلومات وأثاره ولا تتأثر بالتداخل.[(2)]

5-1-2 النسيـان كإخفـاق عـن الاسترجـاع :

تشير هذه النظرية إلى أن النسيان يحدث نتيجة لفشل الفرد في اسـترجاع بعـض الموضوعات التي تم تخزينها بالفعل في الذاكرة غير أن هناك ثمة أشياء قد تعمل علـى النسيان مثل سوء التنظيم في التخزين، سوء الإثارة، الدافعية غير المناسـبة أو عوامـل أخرى تمنع الفرد من الأداء الذي يظهر المواد المختزنة.[(3)]

(1) ارنوف ويتيج، مرجع سبق ذكره، ص.197.

(2) زين الدين ،مرجع سبق ذكره، ص.123.

(3) ارنوف ويتيج، مرجع سبق ذكره، ص196.

كما أن هناك اعتبار آخر نشا من مجال معالجة المعلومات وهو أن ظروف توافر الهاديات بعيدة جدا عن الشيء الذي نحاول استدعائه وهذه الفكرة تفترض أن الـ ذكريات غير المستدعاة ناشطة وكائنة في نسيج ارتباطي وقد أطلق تولفينك علـى هـذا التفسـير للنسيان، النسيان المعتمد على الهاديات أي فشل في اسـتدعاء هاديـات توافـق طبيعـة المعلومات المسجلة في الذاكرة .[1]

حيث عرض تولفينيك وبوستكا (Tulving et Postka) أربع قـوائم علـى المفحوصـين وطلب منهم استدعائها وتوضح النتائج أن الاستدعاء بدون هاديات قد تضاءل فـي حـين كان الاستدعاء فيه حين أعطى للمفحوص مادة للفئة.[2]

5-1- 3 النسيـان كاضمحلال لأثر الذاكـرة:

و ترى نظرية أخرى للنسيان أو فقد التذكر يحدث بسبب عدم استخدام المـواد المتعلمـة، ويعني الفشل في استدعاء اثر الذاكرة إن الأثر يضمحل وبالتالي يفقد التـذكر تـدريجيا، ويجب أن تكون ممارسة من الفرد حتى يتوقف هذا الاضمحلال.[3]

إن مرور الوقت على المعلومات المحتفظ بها في الـ ذاكرة ،يـؤدي إلـى نسـيان هـذه المعلومات،و يشار إلى هذا التفسير للنسيان بنظرية التلاشي حيث أن متغير الزمن وحـده هو الذي أسهم في فقد التذكر، وهذا ما يسمى (النسيان بمرور الوقت) [4]

5-1-4 النسيـان كتشويه لأثر الذاكـرة :

تقترح هذه النظرية أن النسيان يظهر بسبب تشويه اثر الذاكرة وتقترح هـذه النظريـة أن بعض المواد التي تدمج في الذاكرة تكون صحيحة بصورة جزئية، كما ترتبط بها بعـض الخصائص الوصفية غير الملائمة. وفي كل من الحالتين نجد المعاني المتغيـرة للمـواد المخزنة في الذاكرة ستجعل تذكر هذه الأشياء غير ممكن ،فعندما تستخدم أوصاف غيـر مناسبة أو نتائج غير دقيقة للمواد المتعلمة، فانه ينتج عن ذلك ذاكرة مشوهة.[5]

5-1-5 النسيـان المدفـوع:

---

[1] زين الدين مرجع سبق ذكره, ص.124.

[2] المرجع السابق, ص.125.

[3] أرنوف ويتيج ، مرجع سبق ذكره، ص.196.

[4] زين الدين ، مرجع سبق ذكره، ص.125.

[5] أرنوف ويتيج ، مرجع سبق ذكره، ص.197.

تشير نظرية التحليل النفسي أن بعض النسيان يحدث لان الشخص يرغب في نسيان بعض الأشياء، ويعتبر فرويد أول من أشار إلى ذلك، بقوله أن النسيان وسيلة من الوسائل التي يستطيع الفرد بواسطتها أن يحمي شخصيته وتسمى هذه الحماية بميكانيزمات دفاع الأنا.

و يعتقد فرويد أن الذكريات سهلة المنال توجد في ما قبل الشعور والذكريات التي قد تثير القلق تدفع إلى أعماق الذاكرة في اللاشعور، حيث لا يمكن استدعاؤها بسهولة، ويعمل الكبت على دفع الذكريات في اللاشعور، ويعتقد فرويد أن هذه الذكريات المكبوتة تستمر في التأثير على السلوك في صورة دوافع لاشعورية.

وعلى الرغم من عدم توفر الدلائل التجريبية لتدعيم مفهوم الكبت الا انه قد استخدم في دراسة الحالة لتغيير النسيان [1].

5-1-6 النسيان والصدمة:

من المعلوم أن القلق أو الضغط يؤدي الى افراز مواد على مستوى المعدة قد تؤدي إلى تفجير القرحة المعدية. هل يمكن أن يحدث نفس الميكانيزم على مستوى المخ؟ ونحن نعلم أنه يتكون من الخلايا العصبية المهيئة أكثر لتفريغ بعض المواد أثناء الانفعال الشديد.

أوضح ريبو **Ribot**، فرضية "تأثير العوامل الانفعالية النفسية لبعض الإستجابات، وإذا تقبلنا هذه الفرضية، يمكن أن نفسر النسيان ببعض الأحداث التي تصدمنا.[2]

إن النسيان الذي يرجع للصدمة النفسية هو بدون شك يؤدي إلى تحرير مواد سامة للخلايا العصبية، حيث رأينا دور الهيبوكومبس في تثبيت الذكريات، وبعد إفراز المواد السامة أثناء الصدمة يؤدي به إلى هشاشة الهياكل المحيطية، وبالتالي يمكن أن نستنتج أن إفراز المادة يؤدي إلى هجوم ضد الخلايا العصبية والهيبوكومبس وهكذا يعرقل تثبيت الذكريات ويمكن للذكريات أن تزول للأبد.[3]

---

[1] المرجع السابق، ص.197.

[2] Ribot,T,(1899), Psychologie des Sentiments,Paris,Alcan,p. 181.

[3] Yves,J&Tadie,M,(1992),Le Sens de La Memoire, Paris, Galimard,P.234

6- مقاييـس التذكـر :

صمم الأخصائيون النفسيون عددا من الطرق المختلفة لتقييم التذكر ويحـاول كـل منها استعادة وقياس المعلومات التي تم الاحتفاظ بها في الذاكرة وتقيـيم حالـة الـذاكرة واختلالاتها الانية .

والاختبارات الأكثر استخدما مكونة من سلسلة من الأرقام، المقاطع، الكلمـات، أو جمل مقروءة من طرف الفاحص أو المعروضة عن طريق شاشة مـرة واحـدة بـوتيرة محددة. كما تتوفر اختبارات كثيرة للذاكرة تستخدم اشكالا هندسـية أو صـور لأشـياء، وأشياء حقيقية توضع وتعرض على المفحوص[1].

ويمكن أن نميز بين الاختبارات التالية :

6-1 الاختبـارات المباشرة للذاكـرة :

وهي اختبارات كلاسيكية، كاختبارات التعرف والاستدعاء والتي يمكن من خلالها تقييم ذاكرة فرد ما.

و تدعى اختبارات التعرف والاستدعاء، اختبارات الذاكرة المباشرة، لأنها تقـيس حدث" خاص من ماضي الفرد حيث يطلب الفاحص من المفحوص اسـترجاع والتعـرف على الأحداث التي وقعت في الماضي إذا هي قياس لذاكرة واضحة وجلية.

على العكس فان اختبارات الذاكرة غير المباشرة تقيس فقط العمـل الفـوري ولا تقيس الأحداث السابقة فهي قياس للذاكرة الضمنية (*غير الواضحة*).

إن التمييز بين هذين النوعين من الاختبارات كان محـل دراسـة لـ *وارنتـون وويسكرانتز* **(Warrington et Weiskramz, 1970)** بالمستشفى الوطني البريطاني، حيث قارنا بين مرضى بالنسيان الشديد ومجموعة ضابطة من نفس السـن والـذكاء، أجريـت المقارنة عن طريق أربع اختبارات للذاكرة من خلال قوائم الكلمات.

أ- اختبار التذكر يحتاج إلى استدعاء لفظي للكلمات.

---

[1] Sillamy,N,op.CIT.P.732.

ب- اختبار التعرف يحتاج للإجابة أولا عن سؤال الفاحص عن وجـود الكلمـة ضـمن القائمة.

ج- اختبار الكلمة المتقطعة يحتاج للتعرف على الكلمة، حيث تظهر الكلمـة الصـحيحة ضمن القائمة، والكلمات المتقطعة تتميز بصعوبة كبيرة للتعرف عليهـا، إذا لـم يسـبق للمفحوصين رؤيتها من قبل.

د- اختبار الحروف الأولية، حيث يتضمن الحروف الثلاثة للكلمة التي تظهر ضمن القائمة ويقترح المفحوص الكلمة التي تبدأ بهذه الحروف الثلاثة الأولية.

وتمثلت نتائج تطبيق الاختبارات السابقة ما يلي:

- حقق المرضى بالنسيان أداء سيء مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة فـي اختبـارات التذكر والتعرف ولكن لم يتميزوا عن المجموعة الضابطة في اختبارات الكلمات المتقطعة والحروف الأولية. تشابهت المجموعتين بالتقريب في نجاحها باسـتخدام الكلمـات التـي رأوها ضمن القائمة.
- غياب فرق في اختباري الكلمات المتقطعة والحروف الأولية لـدى مرضـى النسـيان وحتى لو لم يتذكروا أنهم رأوا الكلمات ولكن تأثير قائمة الكلمات التي رأوها على إجابتهم تشير إلى أنهم تذكروا كذلك كثير من الكلمات [1].

2-6 نظريات المعالجـة :

إن الاختلافات الخاصة بكفاءة الأداء بين اختبارات الذاكرة المباشرة وغير المباشرة شجعت العديد من الدراسات حول الاختلاف بين هذه الاختبارات.

---

[1] Stefen, K, Reed, Op. Cit. P.173.

والشكل رقم (4-2) يلخص الاختلافات بين الاختبارات المباشرة وغير المباشـرة للذاكرة.

الذاكـرة الإجرائيـة	اختبـارات مباشـرة	اختبـارات غير مباشـرة
أمثلـ ـ ـة نظـريات المعالجـة	التذكـ ـ ر	الكلمات المتقطعـة
	التعـ ـرف	الحروف الأوليـة
	التناقضات في المفاهيم إستراتيجيات الاختلاف	تناقضات المعطيـات المألوفـة (*المتعود عليها*)
النظريات المتعددة للذاكرة	ذاكـرة عرضيـة	ذاكـرة المعانـي

إن مقاربة جاكوبي ودلاس **(Jacoby & Dallas, 1981)** سـجلت الاخـتلاف فـي المعالجة المكتسبة بين هذه الاختلافات، حيث ترتكز هذه المقاربة على نظريـة المعالجـة المزدوجة للذاكرة الخاصة بالتعرف لـ موندلار **(Mandler, 1980)**، حسب هذه النظرية فإن ذاكرة التعرف تحتاج إلى الآلفة أو التعود وتحتاج إلى جهد كي تجـد السـياق الـذي يظهر فيه الموضوع، حيث اقترح *دلاس وجاكوبي* مكون "*التعود أو الآلفة*" لهذه النظرية التي تطبق كذلك في اختبارات غير المباشرة التي تحتاج إلى التعرف الإدراكي، حيث أن أول خبرة مع أدوات الاختبار تجعله سهلا في وضعية إدراكية صعبة سواء كان بعرضـه أول مرة عرضا بصريا أو سمعيا.

ويشير *بجورك وريشاردسون وسـكاتر* **(Bjork, Richardson, Schacter, 1988)** أن اختبارات الذاكرة المباشرة محددة على مستوى المفاهيم في حين أن الاختبارات غيـر المباشرة محددة أساسا من خلال المعطيات، حيث أن المعالجات المحددة علـى مسـتوى المفاهيم تعكس نشاطات من طرف المفحوص مثل بناء وتنظيم المعلومات وهـو سـياق يسهل التذكر والتعرف بينما المعالجات المحددة عن طريق المعطيات هي مجموعة مـن إدراك أدوات الاختبار (*الألفة أو التعود*)[1]، وحسب الاختلاف الموجود من أنواع الذاكرة

(1) Ibid, P. 174.

التي سبق أن تعرفنا إليها في الفصل الراهن، فإن اختبارات الذاكرة المباشرة التي تحتـاج تذكر أو التعرف على مواد أو أشياء تظهر سابقا في التجربة تقـيس الـذاكرة العرضـية الثانوية أو اللاحقة، حيث نطلب من الأفراد أن يتذكروا الأشياء (*الأرقام المتضـمنة فـي القائمة*) انطلاقا من مكان وزمان محددين.

أما اختبارات الذاكرة غير المباشرة مثل التعرف على الكلمات أو تكملتهـا تقـيس ذاكرة المعاني، حيث تعتمد هذه الاختبارات على المعلومات أو المعارف العامة ولا تحتاج إلى زمن أو مكان خاصين.

إن الاكتشاف المتمثل في نجاح مرضى النسيان وأداءهم فـي الاختبـارات غيـر المباشرة الذي كان أحسن من الاختبارات المباشرة، استخدم كدليل للتعرف بـين الـذاكرة العرضية وذاكرة المعاني. وفي هذا الترتيب للأفكار، فإن النسيان يـؤثر علـى الـذاكرة العرضية ولكن لا يؤثر على ذاكرة المعاني.

إن الانتقادات التي وجهت للتمييز بين ذاكرتي المعاني والعرضية تفسـر وضـعية الاختبارات غير المباشرة والمباشرة واختلافاتها والتي ترتبط أكثر بالذاكرة الإجرائية التي هي عبارة عن ذاكرة الفعل، الكفاءات والمعارف الأدائية، بينما الذاكرة العرضية وذاكـرة المعاني تتعلق بالمعلومات المرتكزة على الأحداث، حيث أن المعلومات المرتكـزة علـى الأحداث تكون عرضة للنسيان منها المرتكزة على الفعل.

وهذا ما دلت عليه تجارب *وارينقتون وويسكانتر* (**Larrington & Weiskanter, 1970**)، عندما نجح مرضى النسيان في اكتساب استعدادات حركية فـي حـين وجـدوا صعوبات في تذكر الأحداث.

بناء على ما سبق، فإن نظريات معالجة المعلومات وتعدد الذاكرة تفتح الأفاق على كيفية اختلاف اختبارات الذاكرة المباشرة وغير المباشرة.

وخلاصة القول أن اختبارات الذاكرة المباشرة كالتذكر والتعرف هي محددة علـى مستوى المفهوم وتتأثر باستراتيجيات التي تسهل الاحتفـاظ التـي تصـدر مـن طـرف المفحوصين أثناء مرحلة التطبيق بينما اختبارات الذاكرة غير المباشرة، كاختبارات الكلمة المتقطعة والحروف الأولية هي محددة بالمعطيات، وتتأثر بألفة والتعـود علـى الأدوات

والتغيرات التي يمكن أن تطرأ أثناء تطبيق الاختبار، وبالنسبة للاختبارات المباشرة التـي تقيس الذاكرة العرضية، فعلى المفحوص ألا يتذكر المعلومات المتعلقة بالأحداث الخاصـة بماضيه، في حين فإن الاختبارات غير المباشرة التي تقيس ذاكرة المعـاني أو الـ ذاكرة الإجرائية لا يطلب من المفحوص أثناء تطبيقها أن يرجع إلى أحداث المعاني[1].

III- الحالـة النفسيـة :

تعتبر الحالة النفسية متغير من متغيرات الدراسة الراهنة إلى جانب متغيري الانتباه والذاكرة، وتتضمن الحالة النفسية في هذه الدراسة ما تضـمنه مقيـاس الحالـة النفسـية المستخدم مع عينة البحث والذي اشتمل على ما يلـ ـي :

1. اضطرابات القلق .
2. اضطرابات المخاوف المرضية .
3. الوسواس القهري.
4. الجانب السيكوسوماتي.
5. الإكتئـاب
6. الهيستريا.

وسوف نتعرض لكل منها فيما يلـي :

1) اضطـ ـرابات القلـق:

وتكون مجموعة من الاضطرابات سميت بالعصاب وتتكون عندما يصادف الفـرد وضعيات مقلقة ولا يستطيع أن يتجاوزها عن طريق الطرق العادية.

يمكن ألا يظهر القلق معمما كما هو الحال في نوبات الهلع أين يحول إلى موضـوع أو فكرة أو سلوك خاص كما في حالة اضـطرابات المخـاوف المرضـية أو اضـطرابات الوسواس القهري[2].

---

(1) Ibid, P. 176-177.
(2) Godefroid . Jo .1991 . Op. Cit .p . 696.

تفرد معظم النظريات النفسية لاضطرابات القلق مكانة هامة في نظامها النظري وفي دراستها للشخصية والسلوك في حالتي السواء وفي الشذوذ وفي المستويات العمرية المختلفة.

فالقلق حقيقة من حقائق الوجود الإنساني وجانب دينامي في بناء الشخصية ومتغير من متغيرات السلوك.

فالاختلاف في القلق بين فرد وآخر هو اختلاف في الدرجة وليس في النوع[1].

يعتبر القلق جزء من الحياة اليومية ، وهو يتواجد مع الوجود الإنساني ويظهر كاستجابة لوضعيات خاصة أو أحداث خاصة (اجتياز امتحان ، الذهاب إلى طبيب الأسنان...).

كما يمكن أن يكون استجابة لحدث قبلي ، يمكن للمثير أن يكون خارجيا أو داخليا ليستجيب الفرد بالقلق مثل التقييمات السلبية للذات [2].

والقلق في كل مستوياته حالة انفعالية مؤلمة غير سارة اتجاه متغيرات الخطر أو التهديد وهو ظاهرة شائعة لدى الأطفال وينمو كمكون أساسي من المكونات الانفعالية الدافعية في بناء الشخصية و تكاد تتلاقى معظم النظريات السيكولوجية في فكرة أساسية مفادها أن القلق عبارة عن رد فعل الإنسان اتجاه التهديد[3].

والقلق هو انفعال غير سار ، وشعور بالتهديد وعدم استقرار مرتبط بإحساس بالتوتر والشد وخوف دائم وعادة ما يتعلق هذا الخوف بالمستقبل المجهول مع استجابة مبالغ فيها لمواقف لا تتضمن الخطر الحقيقي[4].

تختل السياقات المعرفية بكيفية دائمة في القلق في ثلاث أبعاد زمنية قبل وأثناء و بعد التعرض لوضعيات ضاغطة، نستطيع هنا أن نتكلم عن القلق الدائم[5].

---

(1) الرشيدي ، بشير، منصور، طلعت ، الخليفي إبراهيم، الناصر ، فهد ، بورسلي.بدر ، النابلسي محمد ، القشعان حمود (2000) سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية في الطفولة و المراهقة ، المجلد الثاني ،ط1، الكويت ، الديوان الاميري، مكتب الانماء الاجتماعي، ص.202.

(2) Alessandra Lemma (1996), Introduction to Psychopathology, London. Sage, Puplication. p.106

(3) الرشيدي بشير وآخرون (2001) ، مجلد 2 ، مرجع سبق ذكره ، ص ص.203 – 204.

(4) عبد الخالق ،أحمد (1998) ، مرجع سبق ذكره, ص.88.

(5) Andre, CH, légeron, P, (1998) la peur des autres trac, timidité et phobie sociale, Paris, edition odile jacob, p.87

وقد قدمت التفسيرات المختلفة للنظريات السيكولوجية عن ظاهرة القلق فائدة كبيرة في تكوين اختبارات لدراسة القلق ، وأثره على السلوك الإنساني في نواحي متعددة، فدراسة تايلواني توصلت إلى أن مقياس القلق يمكن أن يستخدم أيضا كمقياس للدافعية المرتبطة بالقلق وكذلك يمكن أن نتنبأ من خلال استخدامه بمدى كفاءة التعلم والأداء[1].

ومن هنا نستنتج أن القلق يؤثر تأثيرا سلبياً على فعالية الأداء.

وبناءا على ما سبق فإن القلق مفهوم مركزي في علم الأمراض النفسية والأمراض العقلية و الاضطرابات السلوكية.

العلاقة بين القلق والآداء:

يشير كاتل إلى الاختلاف بين أصحاب نظرية التعلم الذين يعدون القلق المصدر الأساسي لدافعية البشرية والعياديين الذين يعتبرون القلق على العكس من ذلك. ويبين برانش **Brench** أن الدرجات المعتدلة من القلق يمكن أن تعد قوى بنائية تزيد في اليقظة والجهد، ولكن يوضح بورنج وزملاؤه أثر القلق على الوظائف العقلية في أن"القلق يخفف من حدة الاستجابة واكتمالها أو يجعل الفرد يوجه انتباهه إلى جزء فقط مما حوله، أو كما لو كان قد أصبحت طاقته غير كافية لمتطلبات الموقف.

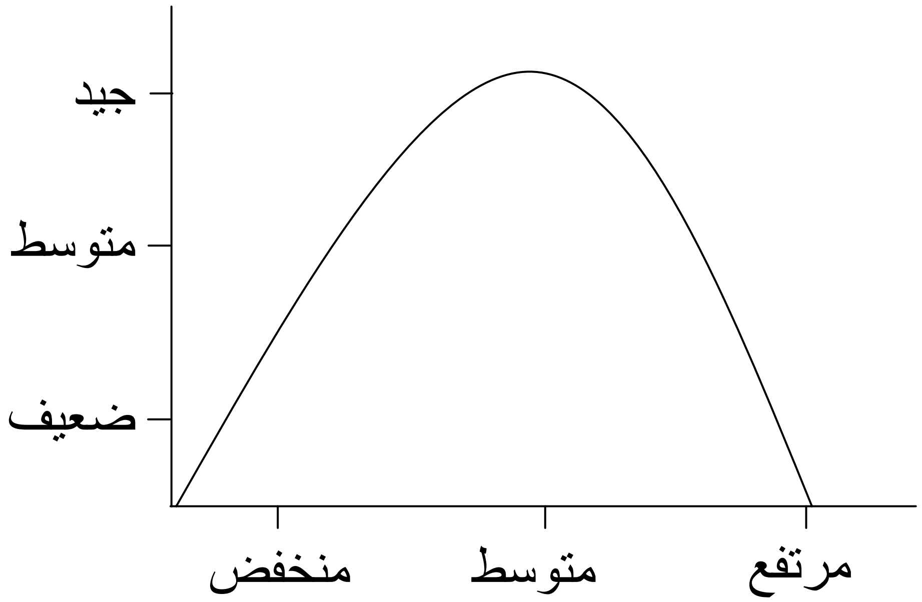
يبدو أن التناقض الظاهري بين هذه النتائج يعود إلى عدم التفرقة بين القلق السوي والعصابي ويوضح جرلكر من خلال ملاحظات تمت في الحرب العالمية الثانية ويقول أن القلق ينتج نشاطا فعالا وينبه أداء جيدا إذا كان معتدلا ولكن الدرجة المرتفعة من القلق تنتج اضطرابا في الأداء، وقد يوضح ذلك ما ظهر من علاقة منحنية بين القدرات الإبداعية والسمات المزاجية الشخصية ومن ناحية أعم، يمكن فهم علاقة القلق بالآداء في ضوء قانون" بيركز دودسون" فالدرجة المنخفضة والدرجة المرتفعة من القلق ترتبطان بالآداء السيء للقلق المثالي هنا والقلق المتوسط [2].

---

[1] Taylor,J,A(1953), Personality Scale of Manifest Anxiety.Journal of Abnormal and Social Psychology.48,285-290

[2] عبد الخالق، أحمد،(2000)، الدراسة النظرية للقلق ،بدار المعرفة الجامعية، الأزاريطة. ص.25.

والشكل (4ـ3) يبين العلاقة بين القلق والآداء.



اختلف علماء النفس في إعطاء مفهوم له حيث نستطيع أن نعدد وجهـات النظـر التالية في مفهومه:

1- القلق زملة إكلينيكية متعدد الأعراض الفرعية.

2- القلق انفعال سلبي يرتبط بالخوف .

3- القلق استجابة انفعالية تم تعلمها اعتمادا على المبادئ المعروفة للإشراط.

4- القلق حافز قد يعوق الأداء وقد يسهله تبعا لطبيعة الموقف ومدى صعوبته.

5- القلق سمة أساسية في الشخصية تتوزع بين الأفراد بدرجات منخفضة إلـى درجـات مرتفعة.

6- القلق حالة تنبه شديد أو نشاط فسيولوجي زائد يرتبط بمواقـف محـددة أو ظـروف بعينها.

7- القلق دافع للإنتاج الراقي والإنجاز المتقدم.

وإن دلت وجهات النظر السابقة على شيء فإنما تدل على ان القلق مفهوم متعـدد المعاني ويمكنه أن يصل إلى درجة التناقض حيث أن القلق هو الدافع للتفوق فـي مقابـل الاضطراب النفسي.

ويعتبر الدليل التشخيصـي الإحصـائي الرابـع . إضـطرابات القلـق **anxiety disorders** تصنيفا أساسيا يتضمن الفئات التالية:

1- اضطراب الهلع **Panic Disorder**

2- الخوف من الأماكن الواسعة **Agoraphobia**

3- مخاوف محددة **specific phobia**

4- المخاوف الاجتماعية **social phobia**

5- إضطراب الوسواس القهري **obsessive-compulsive disorder**

6- إضطراب الضغوط التالية للصدمة **post traumatic stress disorder**

7- إضطراب الإنعصاب الحاد.[1] **Acute stress disorder**

1-1 تعريف القلـق:

تعكس وجهات النظر المتعددة لمفهوم القلق ووضعه كمفهـوم مركـب، حيـث تعـددت تعريفاته في مجال علم النفس والطب النفسي والتعريفات في علم النفس بوجه خاص مثير للجدل والخلاف.

ويبدو هذا التعريف مناسبا إلى حد معين:

"القلق انفعال غير سار، وشعور مكدر بتهديد متوقع أوعدم راحة أو اسـتقرار و خبرة ذاتية تتسم بمشاعر الشك والعجزوهو شعور عام بالخشية أو مصيبة وشيكة الوقوع أو تهديدا غير معلوم المصدر[2]، والخوف من شر مرتقب لا مبرر موضوعيا له وغالبا ما يتعلق هذا الخوف بالمستقبل والمجهول ،مع استجابة مسرفة لمواقف لا تتضمن خطرا حقيقيا، أو الاستجابة لمواقف الحياة العادية كما لو كانت ضـرورات ملحـة أو طـوارئ ويصاحب القلق عادة أعراضا جسمية ونفسية شتى كالإحساس بالتوتر والشـد والشـعور بالرهبة[3].

---

(1) عبد الخالق أحمد (1998)، القلق لدى الكويتيين بعد العدوان العراقـي، الكويـت ، مكتـب الإنمـاء الإجتمـاعي ص.ص.18-19.

(2) عبد الخالق، أحمد،(2000)، الدراسة التطورية للقلق، مرجع سبق ذكره، ص.14.

(3) عبد الخالق ،أحمد، (1998)مرجع سبق ذكره, ص.20.

1-2 أنواع القلـق:

يتضح مما سبق عرضه حول الموضوع فإن القلق يتكون من نوعين:القلق السوي أو القلق الإيجابي.

أ- القلق المرضي أو القلق السلبي.

فالأول يسهم في إنجاز والنجاح أما الآخر فهو يؤدي إلى الفشل والتـوتر وسـوء التكيف ويدعى أيضا القلق خارجي المنشأ أو القلق المستثار **Exogenous Anxiety** أمـا الثاني فهو يؤدي إلى الفشل و التوتر وسـوء التكيـف ويـدعى أيضـا القلـق داخلـي المنشأ[1] **Endogenous Anxiety**

ينقسم القلق حسب نظرية سبيلبرجر **(Spielberger , 1966)** الى نوعين":

أ) حالة القلق.

ب) سمة القلق.

أ) **حالة القلق** : **anxiety state** وتمثل حالة انفعالية موقفية مؤقتة تسـتثار فـي مواقـف الضغط والشدة ، تدرك من طرف الفرد كمواقف مهددة للذات، وتزول هذه الحالة بـزوال مصدر التهديد.

ب) **سمة القلق** : **anxiety trait** فهي سمة من سمات الشخصية فهي استعداد ثابت نسبيا كامن في الفرد نتيجة خبرة متعلمة في مواقف مؤلمة سابقة ، ويسـتثار هـذا الاسـتعداد بمثيرات داخلية أو خارجية[2].

وعليه فإن سبيلبرجر يميز بين القلق كسمة و القلق كحالة فيرى أن القلـق كسـمة يتوافق مع القلق العصابي أو المزمن وهو استعداد طبيعي أو اتجاه سلوكي يجعـل القلـق يعتمد بصورة أساسية على خبرة الفرد الماضية .

بينما قلق الحالة فهو قلق موضوعي أو موقفي يعتمد على الظـروف الضـاغطة وعلى هذا الأساس يربط سبيلبرجر بين الضغط وقلق الحالة ويعتبر الضغط الناتج مسـببا

---

(1) فاروق السيد عثمان . (2001)، القلق وإدارة الضغوط النفسية القاهرة ، دار الفكر العربي, ص.28.

(2) عن spielberger1966، محرر في الرشيدي بشير و أخرون ،(2000)، الاضطرابات النفسـية فـي الطفولـة و المراهقة، مرجع سبق ذكره، ص.202.

لحالة القلق على العكس من القلق كسمة الذي يعتبر من سمات شخصـية الفـرد القلـق أصلا[1].

1- 3 انتشار القلـق :

ينتشر القلق المعمم بنسبة 1.2 % إلى 6.6 % في المجتمع العام ويعتبـر عامـل الخطر "النساء المطلقات بدون عمل" من أهم عوامل الإصابة أكثر بالقلق عند الراشدين.

سمحت الدراسات الإيبدميولوجية العيادية التي قام بهـا لـ وبين **(Lepine,1994)** بتوضيح ارتباط القلق المعمم ببعض اضطرابات القلق، الاكتئاب وتعـاطي المخـدرات . ويبدأ القلق في سن مبكرة قبل العشرين عند أغلب المفحوصين.

و يرتبط به الرهاب الاجتماعي والفوبيا بـ 29 % حسب دراسات لـ : بـراون وبارلو **(Brown et Barlow,1994)** أما ارتباطه باضطراب الوسـواس القهـري فهـو ضعيف [2].

أوضح شيهان أن القلق يصيب نحو 5 % من السكان، وهو يصـيب 1% مـنهم تقريبا إلى درجة العجز، وأغلب المصابين به هم نساء تقدر نسبتهم بـ80%، كما يتراوح انتشار حالات القلق في المجموعة السوية من السكان بـين 2 %، 4.7% فـي انجلتـرا والولايات المتحدة الأمريكية، على حين وصل المعدل في مسـح فرمنجهـام إلـى رقـم 21%.[3]

ومن ناحية أخرى، قام "كاستل، بيتز، أرثنر،ديلنج" بدراسة عن انتشار القلق وبعض الاضطرابات السيكاترية لدى عينة من الأطفال، بلغت 358 طفلا، تراوحت أعمارهم بين 3 إلى 14، وقد تم تصنيفهم كما يلي: 5 % لديهم اضطرابات سيكاترية 13% يعانون من القلق وبعض الأعراض الخاصة.

وقد توصل "ويلدنج" إلى نتيجة مشابهة تشـير إلـى انتشـار القلـق والحساسـية والانسـحاب الاجتمـاعي علـى عينـة أخـرى مـن الأطفـال الـذكور (ن=702)،

---

[1] فاروق السيد عثمان (2001) ، مرجع سبق ذكره، ص. 99 .

[2] Ferreri . OP .CIT.p p . 10 – 11.

[3] عبد الخالق ،أحمد ، (2000) ،الدراسة التطورية للقلق، مرجع سبق ذكره، ص.30.

والإناث(ن=670)، بينما توصل شيكيت إلى انتشار كل من القلق والاكتئاب بنســبة 7% زيادة عن نسبة أخرى من أفراد العينة كانوا يعانون من مشكلات أخرى. [1]

4-1 أعراض القلــق:

يمكن تصنيف أعراض القلق إلى نوعين :

أ- الأعراض البدنية :

1- ضربات زائدة أو سرعة في دقات القلب.

2- نوبات من الدوخة والإغماء .

3- تنميل في اليدين أو الذراعين أو القدمين.

4- غثيان أو اضطراب المعدة .

5- الشعور بألم في الصدر.

6- فقد السيطرة على الذات .

7- نوبات العرق التي لا تتعلق بالحرارة أو الرياضة البدنية.

8- سرعة النبض أثناء الراحة.

9- الأحلام المزعجة.

10-التوتر الزائد .

ب- الأعراض النفســية:

1- نوبة من الهلع التلقائي.

2- الاكتئاب وضعف الأعصاب.

3- الانفعال الزائد .

4- عدم القدرة على الإدراك والتمييز.

5- نسيان الأشياء.

---

[1] نفس المرجع السابق، ص.31.

6- اختلاط التفكير.

7- زيادة الميل إلى العدوان[1]

2) المخاوف المرضيـة

2-1 تعريف الخوف المرضي:

الخوف المرضي أو الرهاب **phobia** إنفعال مسرف عنيف يتراوح بين الضيق أو عدم السرور حتى الرهبة والهلع . والرهاب أيضا هو إرجاع انفعالية غير تكيفيـة مـن الضيق حتى الهلع تحدث إستجابة لمنبهـات لا تثيـر الخـوف لـدى الاسـوياء مـن البشر.ويصاحب انفعال الخوف المرضي تغيرات فيسيولوجية وشعورية وتعبيرية أو ينجم عنه استجابات حركية أو تجنبية أو المنبهات المثيرة للخوف المرضي كثيرة مـن بينهـا :البرق ، الرعد ، الحشرات الزاحفة ، الأماكن الطلقـة الواسـعة ، الأمـاكن المغلقـة ، الطائرات ، الموت ، الدم ، الغرباء ، القطط ، الكـلاب ، المقـابر، أطبـاء الأسـنان ، التعرض للنقد ، الفشل، تجاهل الآخرين ، الوحدة التحدث أمام الجمهور[2].

و تتميز المخاوف بوجود قلق أثناء التقاء الفرد ببعض المواضيع أو بالوضـعيات التي لا تمثل هي نفسها خطر حقيقي و هي مخاوف غير عقلانية و مستمرة التي يمكن ان يترتب عنها نوبة هلع أو خوف من أماكن محددة أو الخوف من الحيوانات[3].

2-2 إنتشار الفوبـيا :

تنتشر الفوبيا في المجتمع العام بنسبة 6.67% في الشهر ، و 14.25 %في الحياة كلها وهذا حسب دراسة دافيسون **(Davidson, 1998)** وحسب دراسة لـ كسلر وآخرون (**Kessler et al .1998)** فإن إنتشار الفوبيا يقدر بـ : 5.3 % بالنسبة للخوف في الأمـاكن الواسعة ويقدر بـ : 13.3% بالنسبة للفوبيا الاجتماعية وبـ 11.33% بالنسبة للفوبيـا البسيطة.

---

[1] فاروق السيد، (2001) . مرجع سبق ذكره، ص. 30.

[2] عبد الخالق أحمد، (2000). الدراسة التطويرية للقلق، مرجع سبق ذكره, ص. 90.

[3] Godefroid,J,O op.cit.pp.697-698.

وتبدأ اضطرابات الفوبيا مابين العام الخامس إلى التاسع وذلـك بالنسـبة للخـوف البسيط أما بالنسبة للرهاب الاجتماعي فيبدأ من سن 15 سنة والخوف من الأماكن الواسعة في سن العشرين .

تصاب النساء بهذا الاضطراب مرتين أكثر مـن الرجـال ، شـأنه بـذلك شـأن الإكتئاب[1].

2-3 أنواع الفوبيـا :

أ- **فوبيا الأطفـال :** ترتبط بالقلق المرتبط بالصراع الذي يحدث أثناء مرحلـة النمـو. يعتبر الخوف رد فعل عادي لتهديد حقيقي أو خيالي : خوف من صوت مفـاجيء لـدى المولود الجديد، الخوف من الغريب في الشهر الثامن قلق الانفصال في نهاية العام الأول، الخوف من الوحدة، الخوف من الحيوانات الكبيرة في سن الثالثة، الخوف من الحيوانـات الصغيرة في العام الثامن، الخوف من الموت في سن 6 إلى 8 سنوات .

تزول الفوبيا مع التقدم في السن، وعلى العموم تزول قبل سن العاشرة وخاصة إذا كان الأولياء مطمئنين للطفل.

- فوبيا المدرسة والتي تؤدي إلى عدم تقبل الطفل الذهاب إلى المدرسة وهي منتشرة أكثر عند الطفل الوحيد الذي يتراوح سنه مابين 5 إلى 13 سنة وهي مرتبطة بعـدة عوامـل يمكننا أن نذكر البعض منها : قلق الانفصال، إتجاهات الوالدين التـي يمكـن أن تخلـط شخصية الطفل وخاصة اكتئاب الأمهات وكذلك نجـد فوبيـا الاحمـرار منتشـرة عنـد المراهقين وهي مرتبطة بالفوبيا الاجتماعية.

ب- **فوبيا الراشديـن :**

1- **الفوبيا البسيطة**: ترتبط بالتجنب والخوف أثناء وجود الموضوع المخيف (وجود فـي الحقيقة أو في الخيال).

- فوبيا الحيوانات (عصافير، حشرات، كلاب...) وغالبا هي محـددة بنـوع واحـد، وخارج وجود الموضوع المخيف يسلك المفحوص حياة عادية جدا .

---

[1] Davidson J.R.T hughes d.l georges L.K blazer D.G: (1998). the epidemiology of social phobia : finding from epidemiolagic catchment areas study . psyhol. med .23.p. 709.

- فوبيا وسائل المواصلات (عبر البحر، الأرض، الجو)وتظهر عادة في سن الرشد بعد صدمة أو حدث صدمي .

2- الفوبيا الاجتماعية (الرهاب الاجتماعي **social phobia**) : يشـبه هـذا الاضـطراب الرهاب النوعي لكن المريض يخاف من موقف اجتماعي (مثل إلقاء محاضرة أو حضور حفلة) قد تحدث النوبات الهلعية كاستجابة لهـذا الموقـف الاجتمـاعي[1] ينتشـر القلـق الاجتماعي أو الخوف من الآخرين بنسبة تتراوح ما بين 2 إلى 4%.

قد يشعر المصاب بالفوبيا الاجتماعية بتوقف في سلوكاته مع خوف أن يكون محل سخرية من طرف الآخرين في الوضعية العادية للحياة اليومية.

و يمكن أن ترتبط و تتعقد الفوبيا الاجتماعية باضطرابات القلق وإدمان الكحول في 20 إلى 40 % من الفوبيا الاجتماعية وترتبط بالاكتئاب (في 50 إلى 70 % في الفوبيـا الاجتماعية)[2]

- **رهاب الخـلاء (فوبيا الخلاء) :**

عرفها ويستفال (**Westphal, 1971**) "العجز عن قطع بعض الطرق أو الأماكن أو إمكانية القيام بذلك مع خوف مرتبط بالقلق" وسع هذا المفهوم إلى الخوف من التجمعـات والأماكن العمومية (طريق، محل، قاعة، جمهور، مواصلات...) المرضى المصابون بهذا الاضطراب لديهم مخاوف بالغة من المواقف (مثل التواجد في مكـان مـزدحم، السـفر بالقطار) و عادة ما يخاف المريض من انه لا يستطيع الهروب من الموقف أو انه سيقوم بعمل شيء يسبب له إحراج بين الناس و لذلك يلجا إلى عدم مغادرة المنزل إلا إذا كـان هناك من يصحبه[3]. و يمكن أن تصل حالته إلى تجنب الذهاب أو الانتقال خارج الباب أو القيام بمشتريات أساسية[4].

---

(1) حسن فوقية،(2004)، الاضطرابات المعرفية و المزاجية، تشخيص و عـلاج ، القـاهرة، دار الكتـاب الحـديث. ص.262.

(2)Davidson J.R.T hughes d.l georges L.K blazer D.G: (1998)..op . cit .p. 18.

(3) نفس المرجع السابق، ص.225.

(4) Lindsay , S,J, E,powell G,E,(1994) the hand book of clinical adult psychology, second édition ,London, routledge p.145.

يبدأ رهاب الأماكن المفتوحة أو المزدحمة عادة عند الراشدين فيما بين سن الثامنة عشرة والخامسة والثلاثين. وهو لسبب مجهول نادر الحدوث في أثناء الطفولة.

والأطفال الذين يظهر لديهم رهاب شديد من الذهاب إلى المدرسة، فإنهم في بعض الأحيان لا تتحسن حالتهم بالنسبة لهذه المشكلة . ويمكن أن يظهـروا رهـاب الأمـاكن المفتوحة أو المزدحمة أثناء المراهقة. إن نسبة 3/2 من الأشخاص المصـابين برهـاب الأماكن المفتوحة أو المزدحمة هم النساء.

غالبا ينشأ رهاب الأماكن المفتوحة أو المزدحمة بعد حـدوث بعـض الإثـارات الكبرى في حياة الفرد، مثل إصابة الفرد نفسه أو أحد أقربائه بمرض خطير أو التعـرض إلى خطر شديد أو وفاة شخص عزيز، أو قد يبدأ بعد أزمة حادث مرعب. [1]

- **مخـاوف أخـرى :**

بعض المخاوف تتعلق بجسد الفرد :

- الخوف من المرض ، السرطان خاصة ويتأثر بالقراءات والحملات الإعلامية الطبية ، ويمكن أن يصل إلى الخوف من الميكروبات الذي غالبا ما يرتبط بطقوس الغسل والتعقيم والخوف من السيدا أو فوبيا السيدا هي الأكثر انتشارا [2].

---

[1] إيزاك ماركس (بدون سنة نشر)، التعايش مع الخوف، فهم القلق ومكافحته، ترجمة، نجاتي عثمـان ، القـاهرة، دار الشروق. ص.120،121.

[2]Lindsay , S,J, E,powell G,E,(1994). Op .cit p. 19.

3) اضطرابات الوساوس القهريـة :

3-1 تعريف الوسواس القهـري:

يتكون من أفكار و/أو أفعال تفرض وجودها على ذهن الشخص في شكل وساوس وينتج عنها غالبا الرغبة بالقيام بها بهدف تجنب القلق، يكون الفرد غيـر واعـي بالبعـد اللاعقلاني غير المقيد لسلوكه[1].

المريض المصاب بهذا الاضطراب يمربهواجس" أفكار متسـلطة" و/أو إلزامـات إكراهات .

والهواجس **obsessions** هي أفكار تطفلية أو مقتحمة تسبب ضغط نفسي على الفرد الذي يحاول أن يحبط أو يقضي على تأثير هذه الأفكار. أما الإكراهات أو الإلزامات فهي سلوكات متكررة مثل غسل اليدين أو أفعال عقلية مثل ترديد كلمـات أو أرقـام بصـوت خافت يقوم بها الفرد لإزالة تأثير فكرة متسلطة "هاجس" قد يعتقد المريض أن قيامه بهـذه السلوكات سيمنع عنه حدوث شيء غير مرغوب فيه[2].

3- 2- إنتشار إضطراب الوسواس القهري :

يعتبر الوسواس القهري أحد أكثر اضطرابات القلق انتشـارا حسـب الدراسـات الإيبدميولوجية، أو خاصة الدراسة التي أنجزت بالولايات المتحدة الأمريكية بخمس مراكز جامعية عام 1980 فإن اضطراب الوسواس القهري ينتشر بنسبة 2% لـدى الراشـدين وحسب ويسمان وآخرون **(Weissman et al, 1994)** فـإن انتشـار الاضـطراب يقـدر بـ 2.3% في أمريكا الشمالية مقابل 2.1% في أوربا.

يبدأ هذا الاضطراب في الظهور بداية الطفولة الثانية ويستمر إلى المراهقة حيـث تبلغ نسبة انتشاره 1% مقابل1.9% بالنسبة للحياة كلها و يتساوى الرجال والنساء بنسـبة الإصابة باضطراب الوسواس القهري[3].

---

[1] Goodefroid. Jo . (1991) .O.P.CIT . P 698

[2] حسن فوقية ،(2004)، مرجع سبق ذكره ، ص. 227.

[3] Ferreri .M. op.cit.p.48.

3- 3 أعراض الوسواس القهري:

هناك أعراض كثيرة مشتركة بين الأطفال المراهقين والراشدين في اضطراب الوسواس القهري، ولكن من الضروري أن نعتمد عى دراسات واقعية للتعرف على أعراض الاضطراب في الطفولة والمراهقة . وأظهرت دراسة ريبوبورت عام 1989 وزملائها التي اختصت بتشخيص اضطراب الوسواس القهري لدى الأطفال والمراهقين أعراض الوساوس والأفعال القهرية الشائعة والمتمثلة فيما يلي:

يرتبط الوسواس القهري باضطراب الهلع 15%. كما أن 25% من الوسواس القهري مصاحبة للرهاب الاجتماعي وقد يكون الوسواس القهري مرتبطا ببعض اللازمات.[1]

كما يصل معدل الانتشار لمدة ستة أشهر إلى واحد لكل مائتين طفل ومراهق تقريبا ولسوء الحظ فإن الأطفال المصابين بهذا الاضطراب يعيشون حياتهم غالبا دون اكتشافهم فقد أظهرت دراسة وبائية أن أربعة فقط من ثمانية عشر طفل مصابا باضطراب الوسواس القهري يتلقون رعاية مهنية.

3- 4 بداية اضطراب الوسواس القهري:

من الممكن أن يبدأ اضطراب الوسواس القهري في الطفولة وتذكر (ريبوبورت) 1989 أنها صادفت في دراستها أطفالا بدأت أفعالهم التكرارية الغريبة مبكرا من الثالثة من أعمارهم، كالعد المستمر وتكرار ذلك مرة تلو الأخرى وغالبا ما تتطور الأعراض من العد المستمر في الطفولة إلى طقوس الإغتسال في المراهقة، وحتى إلى الأفكار الوسواسية مع مرحلة الرشد فقد ابتدأ مايقرب من نصف إلى ثلث مرضى اضطراب الوسواس القهري جميعا بممارسة هذه الأنماط السلوكية في الطفولة والمراهقة.

أ- **الوساوس الشائعة**

1- التلوث.

2- الإضرار بالذات أو بالآخرين.

3- الموضوعات العدوانية.

4- الشك والحيرة والتردد.

---

[1] Ibid . p. 49.

5- الأفكار أو الدفوعات الجنسية.

6- دفوعات التناسق والتماثل.

ب. الأفعال القهرية الشائعة.

1- الاغتسال.

2- التكرار .

3- المراجعة.

4- اللمس.

5- العد.

6- الترتيب.

7- التخزين والادخار.[1]

اضطراب الوسواس القهري ليس خاصا بمرحلة عمرية معينة، بل إنـه يمكـن أن يحدث في كل مراحل العمر ومن هذه المراحل الطفولة والمراهقـة، وتنتشـر الطقـوس القهرية وتعتبر عادية في مرحلة الطفولة الوسطى، أما الوسواس القهري فهو نـادر فـي مرحلة الطفولة، ويمكن أن تحدث أعراض الاضطراب دون أن تلاحظها الأسـرة حتـى المراهقة أو بداية الرشد إلى أن تؤثر في سلوك الفرد وحياته. وتنتشر لدى الأطفال بوجه خاص طقوس الاغتسال والمراجعة والترتيب ويطور ثلث إلى نصف الراشدين المصابين بهذا الاضطراب اضطرابهم خلال الطفولة. وقد يبدأ الإضطراب في عمر مبكر في الثالثة ويبدأ الاضطراب عادة بعد حادث ضاغط مع تركيز المصابين على الطقوس الحركيـة. ويؤكد المعالجون أن نسبة تتراوح ما بين 20-30 بالمائة من مرضى الوسواس القهـري في الطفولة والمراهقة لديهم قريب حميم عنده المرض ذاته.

---

[1] عبد الخالق أحمد(2002): الوسواس القهري ، التشخيص والعلاج، جامعة الكويت ، نشرة علميـة. مجلـس النشـر العلمي. ص.161.

4) الاضطرابات النفسجسميـة :

4- 1) تعريف الاضطراب السيكوسوماتي:Psychosomatic Disorder

نلاحظ أن كلمة سيكوسوماتي المشتقة من كلمة سيكو "**Psycho**" وتعني الـروح أو النفس أو العقل في (الفلسفة القديمة) وكلمة سوما "**Soma**" في اللغة اليونانية تعني البدن أو الجسم أو ما هو متعلق بالبدن أو الجسم.

وفي اللغة العربية يطلق على مصطلح سيكوسوماتي (نفسي - جسمي) أو (نفس جسدي) وقد تختصر هذه الكلمة إلى (النفسجسمي). (1)

وتعرف الاضطرابات النفسجسمية على أنها عبارة عن اضطرابات ناشـئة عـن انفعالات محبطة، أي نتيجة لانفعالات أعيقت عن التعبير الصريح عن نفسها ونسي الفرد أسبابها وظروفها مع بقاء ما يصاحبها مـن تـوترات واضـطرابات حشـوية(2) وهـي اضطرابات مميزة بأعراض جسدية، يشكو المريض من خلال فحص مناسب للشـكاوي، حيث يطمئن الطبيب المفحوص أن ليس لديه مصدر عضوي لشكاويه وآلامه.(3)

وترتبط الأمراض النفسجسمية إلى حد كبير بالخلل والاضطراب الفسيولوجي الذي يعاني منه الفرد، ومن ثم فإن الانفعالات الشديدة تسهم إلى حد كبير فـي إصـابة الفـرد بالأمراض السيكوسوماتية ونعني بها الأمراض النفسجسمية أي الأمراض الجسـمية ذات المنشأ النفسي أو الأصول النفسية مثل قرحة المعدة، والاثنى عشر وضغط الدم العـالي، والربو والحساسية، والصداع النصـفي، والأمـراض الجلديـة، والإمسـاك المـزمن، واضطرابات الشريان التاجي في القلب والاضطرابات الجنسية لدى الرجل والمرأة.

وبعد تقدم الدراسات الطبية والعصبية والنفسية والوسائل التقنية والطبيـة، أصـبح مصطلح الاضطرابات السيكوسوماتية يشير إلى الاضطرابات العضوية أو الحشوية التي

---

(1) الزراد، فيصل(2000)، الأمراض النفسية الجسدية ، أمراض العصر، بيروت، دار النفائس، ص.19.

(2) مجدي محمد، (2000) علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بأحداث الحياة لدى المتضررين من حرب الخليج الثانية، كلية الأداب، جامعة عين شمس (دكتوراه غير منشورة) ، ص.8.

(3) Godefroid, J.O (1991), OP.CIT. P.698.

يشرف على عملها الجهاز العصبي اللاإرادي السمبتاوي والباراسمبتاوي والتـي ترجـع أصلا إلى عوامل نفسية مثل الانفعالات المتراكمة والإجهاد النفسي[1].

إن الأسباب المثيرة للانفعال قد تكون كثيرة وقد تستمر لفترة طويلة فتصبح مزمنة ومن ثم تؤدي إلى ظهور أو حدوث، الأمراض النفسجسمية التي تنتشر لدى الرجال وتقل كثير لدى النساء، حيث يصاب بها رجال الأعمال، ورجال المهـام الصـعبة والرؤسـاء والقادة البارزين ورجال الإدارة العليا وذوى الطموحـات البعيـدة أو بعـض المفكـرين والعلماء.[2]

4- 2) تصنيف الاضطرابات السيكوسوماتية.

تصنف هذه الاضطرابات حسب ما جاء بالكتاب السـنوي لتشـخيص وإحصـاء الاضطرابات النفسية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطـب النفسـي **(DSMIII,1980)** على النحو التالي:

1)الاضطرابات التحويلية.

2) الجسدنة.

3) كثرة المرض أو التمارض أو مايعرف بتوهم المرض**"Sickly".**[3]

ونستطيع أن نميز بين هذه الاضطرابات الجسدية ذات المنشأ النفسي كما يلـي :

أ) الاضطرابات النفسجسمية، حيث يكون العرض على مستوى العضو.

ب)الاضطرابات التحويلية حيث أن العرض يمس وظيفة العضو.

ج) الجسدية وتوهم المرض، حيث يظهر العرض الجسدي خيالي.

4-2- 1 الاضطرابات التحويليـة: يجمع فرويد هذه الاضطرابات تحت تسمية الهستيريا التحويلية، ويتعلق الأمر باختلال وظيفة العضوية التي تترجم بشـكل عضـو أو لازمـة

---

[1] الزراد، فيصل.، مرجع سبق ذكره، ص.20.

[2] الطويل عزت (2005)، رؤية إسلامية في الانفعالات والأمراض النفسجسمية، النفس المطمئنة، العـدد 80 ينـاير، ص.21.

[3] نفس المرجع السابق، ص.21.

عصبية مثل الفقدان الكلي أو الجزئي للصـوت، الفقـدان المفـاجئ للبصـر، حيـث أن الأعراض تظهر في غياب أي شذوذ على المستوى العضوي، ويجب أن نبحث عن سبب ذلك على المستوى النفسي.

4-2-2 الجسدنـة : على عكس الاضطرابات التحويلية، لا يوجـد فـي اضـطرابات الجسدنة أعراض التي يمكن إثباتها على المستوى الجسدي، حيـث يشـتكي الفـرد مـن أحاسيس مؤلمة غير متوقعة تجعله يذهب إلى عدة أطباء الذين حيث لا يجـد أي فعاليـة للعلاج.

يستقر هذا الاضطراب عند الفرد قبل 30 سنة ودائما لدى الفرد فكرة أنه سـوف يجري عملية جراحية.

4-2- 3 اضطرابات توهم المرض : يستمر توهم المرض في الانشغال المبالغ بالصحة، على العموم يكون في عضو خاص، أو في مرض معين.[1]

4- 3 انتشار الاضطرابات السيكوسوماتية:

تتجلي خطورة الأمراض السيكوسوماتية في سرعة انتشارها خاصة بعد الحـرب العالمية الثانية، وتشير الدراسات السيكوسوماتية التي أشار التركوفيل، وفايبان وثيمـوتي في كتابهم "علم نفس الشواذ"، وأن نسبة المرضى الذين يترددون على العيادات الخارجيـة ويعانون من اضطرابات سيكوسوماتية تتراوح بين(40 ـ 60%) من نسـبة المـرض العامة، كما أن نسبة(90 – 95 %) من العمال المرضى يتغيبون عن عملهـم بسـبب الاضطرابات السيكوسوماتية.

وكذلك تشير الدراسات الطبية العسكرية أن نسبة الاضطرابات السيكوسوماتية في المجال العسكري ترتفع إلى(80– 85%) من المرضى الذين يترددون على المستشـفيات العسكرية.

وفي دراسة أجريت عام 1981 في مستشفي بوسطن تبين أن 95 % من أمراض الجلد ترجع إلى عوامل نفسجسدية يصاحبها حالات القلق الحاد لدى الإناث والذكور فـي المجتمع الأمريكي.

---

[1] Godefroid, J.O (1991). OP.CIT. P.698.

كما وجد بعض الدارسين في مجال الاضطرابات السيكوسوماتية من بينهم لينفتون (Leighton,1959) ستاملار (Stamler ,1960) وسرول (Srole, 1962) وبسامنيك (Pasamanic et al,1963) أن الاضطرابات السيكوسوماتية تختلف حسب اختلاف الوضع الاجتماعي و الطبقة الإجتماعية وإنما تنتشر في الحضارات المعقدة والمقدمة، بنسبة(4 – 5) أضعاف ماهي عليه في المجتمعات البدائية.

كما وجد أن الاضطرابات النفسجسدية تنتشر لدى الإناث أكثر من انتشارها لدى الذكور ، وبين الشباب ما بين سن (20 – 40) سنة أكثر من باقي مراحل العمر.

كما أنها منتشرة لدى الاطفال على شكل إسهال أو قيء أو إمساك أو اضطرابات معوية و عدم تناول الطعام .[1]

5) الإكتئاب:

5- 1 تعريف الإكتئاب :

تستخدم كلمة "اكتئاب" بعدة طرق تختلف باختلاف دلالات المصطلح و معانيه. فيستخدم لوصف المزاج و تحديد نمط أو مركب من الأعراض (تناذر) أو أعراض مرض مميز.

يشير المعنى الأول إلى المزاج المكتئب و هو شعور يخبره معظم البشر من خلال هبوط في المزاج أو شعور مؤقت بالحزن و الوحدة أو الضيق، و قد يتضمن شعوراً بالضجر أو عدم القيمة أو الذنب أو الإنتقاص من قدر الذات، أو الكسل أو الفتور و يستخدم غالباً مصطلح مكتئب لتسمية هذه الحالة أو الخبرة الذاتية.

أما المعنى الثاني المتعلق بالزملة الاكتئابية (التناذر) فيتحدد على أنه نمط مركب من الانحرافات في المشاعر و المعرفة و السلوك، و لا يمثل اضطرابا نفسيا مميزا، وإنما يصف مجموعة من الأعراض التي تعتبر في بعض الأحيان أنها بعد نفسي مرضي يتراوح بين المستوى الخفيف والشديد، وقد تبدو زملة الاكتئاب في بعض الحالات مصاحبة لاضطراب نفسي وفي حالات أخرى قد تكون زملة الاكتئاب أعراضاً ثانوية لمرض عضوي بالدماغ. أما المعنى الثالث المتعلق بوحدة مميزة من الأعراض فيشير إلى

([1]). الزراد. فيصل، مرجع سبق ذكره، ص.61 – 70.

نمط معين أو شكل معين من الاضطراب الذي قد يصنف اسـتنادا إلـى تـاريخ الحالـة والأعراض إلى فئات فرعية هي اكتئاب ثنائي القطب **Bipolar** (هوس- اكتئاب) وداخلي المنشا **Endogenous** واستجابي **Reactive** و عصابي **Neurotic** و ذهاني**Psychotic**.[1]

و تعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي الاكتئاب على النحو التالي:

يشير الاكتئاب عندما يستخدم لوصف المزاج إلى مشاعر الحزن واليأس، والتثبيط، وقد يكون الاكتئاب في هذه الحالة نوع من الشعور العادي، وقد يكون الاكتئـاب عرضـا يلاحظ في العديد من الاضطرابات النفسية أو الجسمية أو زملة من الأعراض المتلازمـة تظهر كأعراض ثانوية لاضطراب يمكن ورائها، أو قد يكون اضطراباً نفسياً نوعياً.

تشمل الزملة الاكتئابية أعراضا مميزة، من أبرزها: بطء التفكير و تناقص الشعور باللذة أو السرور وتناقص النشاط الجسمي والشعور بالذنب واليأس واضطرابات في الأكل والنوم.

ويصف الاكتئاب وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع **DSM- IV** على أساس الشدة والتكرار، والتلازم مع الهوس الخفيف أو الهوس، وهناك تصنيفات أخـرى تقسـم الاكتئاب إلى اكتئاب استجابي واكتئاب داخلي المنشأ على أسـاس العوامـل المرسـبة أو تجمعات الأعراض.أما الاكتئاب عند الأطفال ، فيمكن التعرف عليه من خلال عدة مظاهر أو أعراض تتمثل في رفض الذهاب إلى المدرسة ، و القلق، ورد الفعل الزائد للانفصـال عن الوالدين، و السلوك المضاد للمجتمع، و الشكاوى الجسمية.[2]

---

[1] Rippere, V, Depression : In Lindsay ,S,J,E, powell,G,E (eds).The hand book of clinical adult psychology (1994),London,,Routledge.p.92.

[2] الرشيدي بشير ، منصور طلعت ، النابلسي محمد ، الخليفي إبراهيم ، الناصر فهـد ، بورسـلي بـدر ، القشـعان حمود،(2000)، سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية ، الإكتئاب و إظطرابات المزاج، المجلد السابع، الكويت، الديوان الأميري ، مكتب الإنماء الإجتماعي. ص.41.

5- 2 انتشـار الاكتئـاب:

ينتشر الاكتئاب العيادي لدى الشباب في سن 17 سنة بنسبة 2 إلى 8% ، و يشـير قازكي **(Gasquet,1994)** نتيجة الدراسة التي قام بها أن الأشكال المقنعة للاكتئاب تظهـر لدى المراهقين و بين كذلك أن اكتساب المراهق يختلف عن اكتئاب الراشد بفقدان تقـدير الذات بـ 94% مقابل 38% أما الشكاوي الجسمية فتقدر بـ 77% مقابل 25%.

ويتميز اكتئاب المراهقين بقلق الانفصـال ،الخـوف المدرسـي والاضـطرابات السلوكية، وقد تكون الصدمات النفسية التي تعرض لها الشاب في طفولته(إهمال، نقـص الاهتمام، سوء المعاملة، الاعتداء الجنسي، السوابق السيكاترية) عوامل هامة تؤدي إلـى الإصابة بالاكتئاب.[1]

كما أشار بغاكوني **(Braconnier,1998)** أن الاكتئاب واضطرابات المـزاج هـي أكثر انتشارا لدى المراهقين بنسبة 22.5% عن الإناث مقابل 7.5% عند الذكور.

كما أوضح أن نسبة 45% لا يشتكون من الاكتئاب مقابل 31% أحيانا مكتئبـين و 13% مكتئبين غالبا بينما 6% فهم اغلب الوقت مكتئبين و هذا في دراسة أقيمـت علـى 300 مراهق.

أما فيما يخص أعراض الاكتئاب فبينت دراسة لـ 3800 مراهق ما بـين 12-18 سنة انتشار أعراض الحزن و فقدان الأمل بنسبة 10% عند الذكور بينما بلغت 20% عند الإناث. في حين أظهرت نتائج دراسة أخرى أن 627 مراهق يبلغ سنهم 16 إلى 18 سنة انتشار أعراض الأرق لدى الإناث أكثر حيث بلغت نسبتها 12.6% إلى حـد أن 10 % منهم يأخذن أدوية لكي يتمكن من النوم[2].

5- 3 أنـواع الإكتئـاب :

ارتأينا أولا أن نشير إلى الاكتئاب الذي يسلم بوجوده الناس وهو اكتئاب عـادي إذ يعتبر استجابة عادية بسبب تجربة مؤلمة، كالفشل في العلاقة أو فقدان شيء مهم أو وفـاة إنسان عزيز ويتميزهذا الاكتئاب أنه لا يتجاوز الأسبوعين أمـا مـا يعـرف بالاكتئـاب المرضي فهو يمتاز بأربع خصائـص :

---

[1] Coslin, P ,G (2003). les conduites à risque à l'adolescence ,paris ,armand colin ,P.102.

[2] Braconnier, A,Margelli ,D (1998) , l'adolescence au mille visages,Paris éditions Odile Jacob.p.205.

1- يكون مستمرا لفترات طويلة.

2- يكون أكثر حدة وشدة.

3- يعرقل الفرد بدرجة كبيرة عن أداء واجباته ونشاطاته المعتادة.

4- قد تكون أسبابه غير واضحة.[1]

1- الاكتئاب الاستجابـي :

وهو النوع الأكثر معرفة من طرف الناس والاقل خطورة والاكثر انتشارا حاليـا بسب الازمة الاقتصادية وهو الاكتئاب الذي يظهر نتيجـة الضـغط بمختلـف أشـكاله **(Stress).**

ولقد بين كل من كلارك، نيتوسل، كابسي ،ايلدر **(Netusil-Capsi-Elder, 1988-Clarck)** أن الظروف الاقتصادية تؤثر تأثيراً بالغاً على الأطفال داخل أسرهم وهي مـن التغيرات التي تتعرض لها الأسرة في علاقاتها وتكيفاتها الاقتصادية، كما توصل هـؤلاء العلماء إلى أن الأطفال والمراهقين يتأثرون بالظروف المالية للأسرة والتي تنعكس عليهم بالكآبة[2].

يظهر الاكتئاب الاستجابي عند الاطفال الخاليين من أي مرض سيكياتري ويظهـر عند الأشخاص الذين يعانون القلق ولديهم إفراط في الحساسية والذين يحتاجون دائما إلـى التشجيع والتقدير ليجدون توازنهم.

هذا النوع من الاكتئاب يكون نتيجة أو استجابة لمواقف خارجية مأساوية لذا يدعى بالاكتئاب الاستجابي كموت أحد الأقارب والأعزاء والانفصال الخسائر المادية وغالبا ما يرتبط بالموقف الذي أثاره والذي يستمر أكثر من أسبوعين ومن أعراضه الشعور بالتعب والاجهاد والملل العضوي الشعور بالحزن والقلق والالآم الجسمية [3]. كمـا يسـتطيع أن يصاب الفرد في هذا النوع بحزن شديد حتى أن المريض لا يستطيع أن يخفف معاناتـه

---

[1]عبد الستار ابراهيم (1998) :الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه واساليب علاجـه ،الكويـت ،دار المعرفـة ، ص17.

[2]عبد الباقي سلوى، (1992). "الاكتئاب بين تلاميذ المدارس" دراسات نفسية العدد 2، ص449.

[3] Lechemia,D,(1995), les depressions de la prevention à la guérison Alger, Editions Dahlab, P.21.

وآلامة بالبكاء يرفض الأكل يصبح غير قادر على أن يهتم بمشاغله المعتادة وقد تـراوده أفكار انتحارية [1].

2 - الاكتئاب النفسـي (العصابي):

ويسميه الآخرون بالاكتئاب العصابي من حيث انتشاره يأتي في المرتبة الثانية بعد النوع الاستجابي ان الاكتئاب العصابي كما يدل اسمه فهو حالة تاتي من جراء عصـاب تطور عند الفرد خلال حياته .

والعصاب هو مرض نفسي يظهر عند الشخص الذي عايش صدمات نفسية شديدة أو متكررة اثناء طفولته وفي اغلب الاحيان تكون هذه الصدمات من النوع العاطفي .

وما يفرق بين الاكتئاب العصابي والاستجابي أن مشـاعر المـزاج المضـطرب ومشاعر اليأس تكون أكثر حدة وأكثر استقرار في نوع الاكتئاب العصابي ويكـون هـذا النوع مصحوبا بمجموعة من الأعراض يتصدرها القلق غالبا ما يترجم القلـق بضـيق الصدر ألم في الحنجرة ...وكذلك الخوف من المستقبل ومشاعر التهديد والاحباط يستطيع المريض أن يصاب بوسواس المرض وبالتالي يتجلى عليه الحذر الكبير على صحته ومن الممكن أن يفقد الشهية أو يكون له افراط فيها[2].

3- الاكتئاب الداخلـي :

من الناحية الخارجية أسباب غير واضحة يرى المختصين أنه نوع شديد الخطورة بالنسبة للنوعين السابقين (الاستجابي العصابي) وعلاجه هو مزج بـين العـلاج النفسـي والكيميائي هذا الأخير الذي يركز على العقاقير المضادة للإكتئاب[3].

---

[1] Korkina, (1982),Leçons Pratiques de psychiatrie, Mouscou editions. P29.
[2] Lechemia, Didier, OP. CIT.P.25.
[3] ابراهيم عبد الستار الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه واساليب علاجه مرجع سبق ذكره, ص.19.

4- الاكتئاب الذهانـي :

وهو نوعيـن :

أ- الاكتئاب الدوري Manic Depression Psychosis :

وهو نوع من الاضطرابات ثنائية القطب يظهر على شكل دورات تعقبها أو تسبقها دورات من الهوس والنشاط الزائد ويطلق عليه المختصين في الطب النفسـي اضـطراب الهوس والاكتئاب وهو أكثر خطورة من الانواع الثلاثة السـابقة (الاسـتجابي العصـابي الداخلي) لأنه لا يمس مشاعر الفرد وعواطفه فقط بل يصيب جانب كبير مـن قدراتـه العليا بما فيه قدرته على التفكير السليم علاقته الاجتماعية ويضـطرب ادراك الشـخص لنفسه وللعالم الخارجي من حوله فيصبح الفرد خطرا على نفسه وعلى الآخرين بسبب ما قد يرتكبه من أفعال خطيرة كالانتحار حيث أن 15%من الحالات الاكتئابيـة المينخوليـة يموتون عن طريق الانتحار[1].

ب- الاكتئاب الفصامي :

الفصام هو ذهان خطير يصيب 1% من المجتمع الراشد يكون التنـاذر الاكتئـابي يكون أحد أشكال بداية الفصام تدريجيا المريض يصبح لا يهتم بانشغالاته اليومية بمحيطه ونظافته وغذاءه يكون مغمورا باحساس عميق من القلق والم داخلي يحتم عليه أن يقلـص من نشاطه بصفة كبيرة جدا ويصل به الحد إلى عدم الخروج من غرفته ويصبح سـلوكه غريبا ويشعر بانفصال جسده بالرغم من أنه لايشكو من أي تخاف عقلي خطر الانتحـار قائم يمكن أن تتطور حالته وتتجه نحو الفصام[2].

5- اكتئاب الاطفـال :

إن أسباب اكتئاب الأطفال تكون بالدرجة الأولى من النوع العاطفي، عـدم تفـاهم الوالدين، الطلاق، أو جو من العنف المعنوي أو المادي ، وقد تكون أسبابا كافية لتفجيـر الزملة الاكتئابية حيث يصبح الطفل بطيئا في أفكاره وفي تحركاته، ولا يشارك في القسـم

---

(1) Lechemia, D, OP. CIT.P.50.
(2) Ibid,.P48.

ويرفض انجاز واجباته المدرسية، وقد يسجل تراجع في نتائجه المدرسية كما يصبح حزينا منعزلا عن إخوته ورفقاء اللعب .

ويستطيع أن يكون هذا النوع من الاكتئاب مقنع بأعراض عامـة وأحيانـا تكـون عبارة عن أعراض خادعة حيث يستطيع أن يشتكي فقط من ألآم في الرأس أو أوجاع في البطن وأرق، ونقص الشهية أو تعب غير معتاد، وكذلك نستطيع نلاحـظ عنـد الأطفـال الصغار نكوص نفسي ومادي : إعادة ظهور التبول اللاإرادي (الثـانوي) العـودة إلـى الرضاعة ونكوص في الكلام .

ولقد أوضح سبيتز **(Spitz)** من خلال دراسته على أطفال الأمهات العازبات اللواتي تعشن في السجن في الولايات المتحدة الأمريكية والمنفصلات عن أطفـالهن أن إسـتجابة الاكتئاب تظهر على هؤلاء الأطفال والتي تتميـز بملامـح البـؤس وقصـور التعبيـر والانسحاب [1].

6) الهيستريا.

6-1 تعريف الهيستريا

لفظ هيستريا باللغة الإغريقية يعني الرحم الموافق لكلمة **Hustera** في نفس اللغة. وهيستريا لفظ يعني عصاب التعبير بتمظهرات متنوعة تتجسد في أعراض جسدية للأفكار والتصورات والأحاسيس والمشاعر غير الواعية والمعروفة منذ القدم. حيث وضعت للمرة الأولى من طرف أبي أقراط **Hippocrate**، واحتلت مكانة هامة في علم النفس المعرفي منذ أعمال ودراسات جون مارتن شاركو **Charcot. J. M**[2]

ويمكن أن نميز في هذا المقام بين نوعين من التعريفات:

---

(1) Ibid.P66

(2) Sillamy, N, (1980) , Dictiornaire En cyclopedique de psychologie A-K, Paris, Bordas, p. 584.

تعريف الطب النفسي والتحليل النفسي.

6-1-1) تعريف الطب النفسي.

عرف الطب النفسي الهيستريا على أنها عصاب يتميز بإفراط التعبير عن الأفكـار والصور الانفعالات اللاشعورية حيث تكون الأعراض النفس حركية والحسية أو الإعاشية الظواهر التحويلية، أما الشخصية الهستيرية المتضمنة تظهر من خلال الإستعداد للتـأثير والتأثر والسلوكات المسرحية والاضطرابات الجنسية.[1]

6-1-2) تعريف التحليل النفسي:

يعرف التحليل النفسي الهيستريا أنها عصاب يتميز بتحدد الأشـكال مـن خـلال تمظهرات عيادية" تتمثل في الخوف أو الفوبيا وتسمى أحيانا بـ هيستريا القلق أو القلـق الهستيري الذي تجدر الإشارة إلى ضرورة تمييزه عن الهيستريا التحويلية هـذه الأخيـرة تتميز كلاسيكيا بكثرة الأزمات الانفعالية وتنوع التأثيرات الجسدية والتي تتـرك الطـب فاشلا في مهامة.

وقد اختلف مفهوم الهستيريا في التحليل النفسي علي حسب الموقعية الأولى والثانية لفرويد، فقد طرح فرويد مسألة سببية الهيستريا بمفاهيم خاصة مثل كمية الطاقـة، حيـث أوضح في دراسات عن الهيستريا عام 1892 أن الهيستريا ترجع إلى "الإثارات الزائدة " وأشار الى أن ظهور الهيستريا ارتبط بالعصاب الصدمي، وأن الأعراض الهسترية ما هي إلا نتيجة الي صدمة نفسية خبرها الفرد منذ صغره، حيث تصـبح الصـدمة (الحـادث الصدمي) مستقلة وتسلك مسلك "جسم غريب" في الجهاز النفسي، وأن الأثر الذي نتج عن الحدث الصدمي لم يحرر ولم يخضع للتنفيس أي التعبير، وعبارة أخرى لم يفـرغ عـن طريق الكلام أو الجسد وهذا بسبب أن التصور النفسي للصدمة كان غائبا أو ممنوعـا أو غير محتملاً.

كما أعلن فرويد أن الصدمة " التي كانت سببا في ظهور الهيستريا كانـت دائمـا مرتبطة بخبرة "جنسية" مبكرة عاشها الفرد في ألم خاصة لدى الأطفال الصغار. أما عـام

---

(1) Bloch, H, Chemama, R, Gallo , A, Laconte, P, le Ny, J.F postel, J, Moscovici, S. Reuchlin , M, Vurpillot, E, Paris, larouse, P. 321.

1900، وفي الموقعية الفرويدية الثانية ،فقد سمح تحليل الأحلام المنشور – تفسير الاحلام لفرويدأن يواصل دراساته على الهيستريا ويبين أنها ملازمة بخلق لذة غير مرضية وأعطى مثال على ذلك في تفسير لحالة دورا Dora. [1]

6-1-3 تعريف الدليل الإحصائي والتشخيصي للهستيريا:

أزاح **(DSM III R)** الهيستريا من الدليل، ولم يوجد لها اسماً فيه، ولم يحـتفظ إلا بالأعراض التحويلية بصفة واضحة ودقيقة ونستطيع أن نتكلم فيـه إلا عـن الأعـراض التحويلية الجسدية.[2]

6- 2 أنواع الهستيريا:

تظهر الهيستريا نوعان من الأعراض:

6-2-1 الهيستريا التحويلية :

تتجسد وتترجم المشاكل النفسية والقلق إلى تمظهرات جسدية.

6-2-2 هستيريا القلـق: بالنسبة للمحللين النفسانيين فإن الاعراض الأساسية تتمثل فـي الفوبيا، أما مظاهرالتحويل تظهر في مناطق "جسدية"، حيث يستثمرها الفرد من الليبيـدو، أما الميكانيزم الدفاعي الذى مصدره الهستيريا فهو الكبت " كلام الجسد".

تظهر الاعراض الهستيرية ابتداء من25 سنة ولكن نسـبة كبيـرة مـن الأفـراد يظهرون تلك الأعراض قبل سن العشرين. وينتشر هذا العصاب أكثر عند الإناث منه عند الذكور، حيث يقدر بـ 2 إلى 4 مرات أكثر انتشارا لدى المرأة عنه لدى الرجل.

تظهر الهيستريا عند المرأة بسبب المشاكل العاطفية والجنسية، أما الرجل فتـرتبط عنده أكثر بالصدمات النفسية كما أنها ترتبط بالشروط البيووظيفية.

كما تظهر لدى الأفراد الذين يتميزون بسمات شخصية تشكلت في الطفولة، تتمثـل سماتها الرئيسية في أنها شخصية حساسة ومتأثرة ومتمركزة حول ذاتهـا، لا تتحمـل أي احباط، تبذل جهدا لكي تجاب الانتباه إليها وتشتكي وتغير كما تمتـاز بفقـر الانفعـالات

---

(1) Bloch, H, et al, op.cit. p. 352.

(2) Kaufmann, P, (1993) Y, L apport freudien elements pour une Encyclopedie de la psychanalyse, Paris, bordas, p. 162. .

وتبعية عاطفية مستمرة، وميل إلى إعلان العلاقـات الاجتماعيـة وتمظهـرات انفعاليـة جماهيرية(مسرح) وتخترع القصص حتى تقتنع بها هي نفسها.

يمكن أن ترتكز دراسة الهستيري على ملاحظة الكلام، حيث بينت دراسة **(Haag et Feline, 1968)** أن كلمة أنا تمثل حوالي10% من العدد الكلي للكلمات المستخدمة مـن طرف الهستيري في حديثه مقارنة بحديث السوي.

وكذلك يستخدم الهستيري في حديثه أكثر الفعل **"etre"** وأقـل الفعـل **"Avoir"** مقارنة بالأشخاص الآخرين.

أما دراسة **(Ellenberger,1968)** الذي درس الأبعاد العرقية السيكاترية للهستيري، حيث وجد أن هذه الأبعاد تظهر عند الأفراد الذين لديهم استعداد للاستجابة للصدمة النفسية والذين لديهم تهديد، واعتبر العالم أن التأثيرات النفسية الخارجية تلعب دور أكثر أهميـة للإصابة بالهستيريا.

وكذلك عصاب الهستيريا للحرب عند اليوغسلافيين أثناء الحرب العالمية الثانيـة، والتي درسها المحلل النفساني السويسري بول بارن **(Paul Parin, 1998)** والتي ظهـرت أساسا عند الشباب الإناث والذكور والتي تتراوح أعمارهم ما بين 18 إلى 20 سنة، بعـد حادث الموت الذي تعرض له أصدقاءهم.

6- 3 أعراض الهستيريا:

1- الاضطرابات الحركية : وهي نوعان:

أ) الشلل: ويمكن أن يكون معمم يشبه الشلل الثنائي أو النصفي، أو متمركز على عضو أو في جزء من عضو (ولا يستطيع الفرد أن يمشي أو يقف بدون وجود تلـف عصـبي أو عضلي).

ب) التصلب: يمكن أن تكون مهمة لكل عضـلات العضـو أو الجـذع أو متموقعـة أو مجموعة عضلات.

2) اضطرابات الحساسية: وتظهرعلى شكل فقدان الحساسية لبعض مناطق الجسد والتـي لا تتناسب مع التبوغرافية العصبية.

3) الاضطرابات الحسية: يمكن تمس السمع والبصر، والذوق وتمس البصر أكثر.

4) الاضطرابات الإعاشية: يمكن أن تتعلق بالأجهزة الهضمية (القيء، الغثيان، الإمساك) الأجهزة التنفسية.

(1) الاضطرابات العقلية: ولكن الأهمية تكون في النسيان وأخطاء الـ ذاكرة ، حيـ ث لا يمكن للفرد أن يتذكر بعض الأحداث في حياته. أما سلبية الكف العقلي الـ ذي يمكـ ن أن يرجع الهستيري متخاف [1].

[1] Sillamy, N, Op. Cit . P. 584- 286.

ملخص الفصل الرابع

تناول الفصل الرابع، متغيرات الدراسة التابعة المتمثلة في بعض العمليات المعرفية التي تجسدت في الانتباه والذاكرة والحالة النفسية وهي القلـق، والمخـاوف المرضـية، والوسواس القهري، والأمراض السيكوسوماتية، والاكتئاب، والهستيريا. وهي اضطرابات نفسية مصاحبة لاضطراب الضغوط النفسية (PTSD) وقد تناولتها الدراسة مـن حيـث تعاريفها وأنواعها ومعدلات انتشارها شأنها في ذلك شأن العمليات المعرفية التي اهتمـت بها الدراسة كذلك، حيث عرضنا لوظيفتين أساسيتين من الوظائف المعرفية وهما الانتبـاه والذاكرة وهذا من مناحي متعددة جمعت بين التعريف، والأنواع، والأساس البيولـوجي، والخصائص، والمميزات لكل منها.

كما تعرضنا إلى نظريات النسيان، ومقاييس التذكر، لنختم الفصل بالاضطرابات النفسـية التي مثلت الحالة النفسية كمتغير للدراسة، وهكذا نكون قد وضعنا معالم ومحتويات الفصل الرابع الذي يحمل في طياته الأساس النظري للمتغيرات التابعة للدراسة.

الفصل الخامس:

منهج الدراسة وإجراءاتها.

أولا منهج الدراسة

-1 القسم الأول: منهج الدراسة الوبائية

1) مكان وعينة الدراسة

2) أدوات الدراسة الوبائية

-2 القسم الثاني: منهج الدراسة العيادية

1) أدوات الدراسة العيادية

ثانيا الدراسة الاستطلاعية

ثالثا تقنين الأدوات

1) الثبات

2) الصدق

رابعا إجراءات التطبيق

1) المرحلة الأولى

2) المرحلة الثانية

3) المرحلة الثالثة

خامسا المعالجة الإحصائية

ملخص الفصل

تمهيد:

نتناول في الفصل الراهن عرضا للمنهج المتبع في الدراسة ووصفا لخصـائص العينـة وكذلك وصفا تفصيليا للاختبارات النفسية المطبقة على عينة الدراسة. وأخيـرا عـرض الأساليب الإحصائية التي تتلاءم مع فرضيات الدراسة، والتـي اسـتخدمت فـي تحليـل ومعالجة معطيات البحث، وفيما يلي نعرض للإجراءات التي اتبعناها في الدراسة.

أولا : منهج الدراسة :

القسم الأول: منهج الدراسة الوبائية

ارتكزت الإجابة عن تساؤلات الدراسة الراهنة على ترتيب الأحداث الصدمية التي تعرض لها أو شهدها التلاميذ ثم حساب نسب انتشارها كمـا ارتكـزت الإجابـة علـى تساؤلات الدراسة على الإحصاء الاستدلالي والتي تمثلت متغيراتها المستقلة في الأحداث الصدمية، اضطراب الضغوط التالية للصدمات (PTSD)، الجنس (ذكر/أنثى) والسن أما متغيراتها التابعة فهي الأداء على اختبارات بعض العمليات المعرفية، والتـي تتضـمن الانتباه والذاكرة وأعراض الحالة النفسية المتمثلة في بعض الاضطرابات النفسـية وهـي القلق، الاكتئاب، المخاوف المرضية، الوسواس القهري، الهستريا والأمراض النفسجسدية.

وسوف نستخدم الإحصاء الاستدلالي للتحق من الفروق بين مجموعـات البحـث وداخلها كما يعرض وصفا لها وتقسيمها وفقا للتفاعل بين المتغيرات المستقلة مع اختلاف مستوياتها وعلاقاتها مع المتغيرات التابعة.

1) مكان وعينة الدراسة

أجريت الدراسة على عينة من تلاميذ بعض ثانويات ولاية بومرداس التي تعرضت إلى أحداث صدمية متكررة ومتنوعة "تراوحت بين الأحداث الصدمية من صـنع البشـر والمتمثلة في العنف الإرهابي بمختلف مظاهره (تفجيرات، قتل،خطف، اشتبكات مع قوات الأمن...)

والأحداث الصدمية الطبيعة والتي يمكن تسميتها ب(نوازل القدر) زلزال 21 ماي 2003 الذي خلف خسائر بشرية (أكثر من 3000 وفاة وخسائر مادية قدرت بتهديم عدد كبيـر من البنايات.

كما تعرضت ولاية بومرداس إلى فياضانات في أكتوبر ونوفمبرمن عام 2007.
قامت الدراسة على الثانويات التالية من ولاية بومرداس:

- ثانوية الزموري.
- ثانوية دلس(الأخوة ظريف).
- ثانوية بني عمران (دربان الوناس).
- ثانوية الثنية (الأخوة توزورت) .
- ثانوية بومرداس(فرانس فانون) .
- ثانوية برج منايل(الشافعي).
- ثانوية بودواو (محمد غالمي).
- ثانوية برج منايل (سعيد كنتور).
- ثانوية أولاد موسى(قريبيسي).
- ثانوية بومرداس (الإخوة دراوي).

و كان اختيارنا للثانويات السالفة الذكر، اختيارا عشوائيا عن طريق عملية القرعة من بين كل ثانويات ولاية بومرداس. كما انتهجنا نفس الطريقة بالنسبة لاختيار الأقسام من كل ثانوية كان لها الحظ في أن تكون ضمن عينة الدراسة.

وهذا قصد الإجابة على التساؤل الأول للبحث، وهو أكثر الإحداث الصدمية التـي تتوفر على الأبعاد المطورة لاضطراب الضغوط ما بعد الصدمة (التهديد بالموت، الرعب، العجز عن التصرف).

وقد بلغت عينة الدراسة 2003 تلميذا بنسبة 10.34% من المجتمـع الإحصـائي حيث يبلغ عدد المسجلين بثانويات ولاية بومرداس(19364تلميذ) فـي السـنة الدراسـية 2007-2008.

أي أنها عينة ممثلة للمجتمع الإحصائي (تلاميذ الثانويات بمستويات ثلاثة :السـنة الأولى، السنة الثانية،السنة الثالثة).

جدول رقم (5-1)

يبين مميزات عينة البحث حسب الجنس والسن

الجنس / المستوى الدراسي/السن	ذكور: التكرار	ذكور: النسبة %	إناث: التكرار	إناث: النسبة %	المجموع
السنة أولى	227	43	301	57	528
16-15	120	22.73	232	43.94	352
18-17	104	19.70	67	12.69	171
20-19	03	0.57	02	0.78	05
21-فما فوق	00	00	00	00	00
مجموع	227	100	301	100	528
السنة الثانية	220	49	229	51	449
16-15	28	6.23	34	7.57	62
18-17	146	32.52	168	37.41	314
20-19	46	10.24	27	6.01	73
21-فما فوق	00	00	00	00	00
مجموع	220	100	229	100	449
السنة الثالثة	414	40.35	612	59.65	1026
16-15	18	01.75	20	1.95	38
18-17	231	22.51	368	35.87	599
20-19	155	15.11	198	19.30	353
21-فما فوق	10	0.97	26	2.51	36
مجموع	414	100	612	100	1026
المجموع الكلي	861	42.98	1142	57.01	2003

2) أدوات الدراسة الوبائية:

شملت أدوات الدراسة قائمة الأحداث الصدمية والاختبارات التالية:

2-1- قائمة الأحداث الصدمية :

تضمنت هذه القائمة عشرين حدثا صدميا الذي يمكن أن يتعرض له أي شـخص، أو يكون شاهدا عليه خلال العام السابق أو ما مضى مـن أيـام، وتراوحـت الأحـداث الصدمية ما بين الأحداث الطبيعية والأحداث الصـدمية البشـرية، المرتبطـة بـالعنف الإرهابي وبعض الأحداث الأخرى، كما تركت الحرية للمبحوث في ذكر أنواع أخـرى من الأحداث لم ترد في القائمة التي يمكن أن يكون قد تعرض لها أو كان شاهدا عليها.

كما تضمنت القائمة على أبعاد ثلاثة تبين مقدار الأثر الذي خلفته الأحداث الصدمية من حيث التهديد بالموت،الرعب،العجز عن التصرف على ميزان ليكرت الخماسـي (لا، قليلا، أحيانا، كثيرا، دائما).

وقد جاء اختيار الأبعاد الثلاثة السابقة لأنها تؤكد على الجانـب الانفعـالي أثنـاء التعرض للحادث الصدمي، بصورة أساسية وفردية، والإقرار بهذه الأبعاد وإسنادها للحدث الصدمي لا يمكن أن يتم إلا من خلال الفرد الذي هو المصدر الموثوق به فـي التعبيـر عنها من جهة أخرى فإن الدليل التشخيصي والإحصائي (**DSM IV,1994**) يؤكد علـى توفر هذه الأبعاد كمحك لتشخيص اضطراب **PTSD** نتيجة التعرض للأحداث الصدمية.

2-2 اختبار تشخيص اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة:

تم استعراض الإنتاج العلمي السابق الخاص بالاختبارات المعدة لقياس اضـطراب الضغوط التالية للصدمة.

واعتمدنا في تصميم البنود لبناء الاختبار على الاختبارات التي وجدت في التـراث السيكولوجي.

كما اعتمدنا في صياغة الأعراض المرضية لاضطراب ضغوط ما بعد الصـدمة على الأعراض الأساسية حسب المحكات التشخيصية للـدليل التشخيصـي والإحصـائي

(DSM IV-1994) والأعراض الثانوية المصاحبة لاضطراب الضغوط التاليـة للأحـداث الصدمية (انظر الفصل الثاني الخاص بتشخيص اضطراب الضغوط ما بعد الصدمة)

وبناءا على ما سبق من محكات تشخيصية والإطلاع على بعض الاختبارات فـي هذا المجال والإطلاع على الأعراض الثانوية المصاحبة لهذا الإضطراب تم تصميم بنود الاختبار والتي يمكن إجمالها فيما يلي:

- استمرار معاودة الصدمة عن طريق ظهور التخيلات والأحلام حول ما حدث أثنـاء الصدمة.
- استمرار تجنب المثيرات التي لها علاقة بالحدث الصدمي والشعور بـالفتور فـي الاستجابات وتفادي تطوير العلاقات الاجتماعية واستمرارها.
- استمرار ظهور أعراض تدل على ارتفاع الاستثارة (صعوبات النوم صعوبة التركيـز والتوتر والحساسية المفرطة وإعاقـة الوظـائف الاجتماعيـة والمهنيـة واسـتمرار الاضطراب أكثر من شهر واحد) .
- استمرار بعض الاضطرابات الانفعالية (القلق), الاكتئاب , والوسواس القهري.
- استمرار بعض الاضطراب السلوكية (فقدان الشهية، تعاطي المخدرات،وظهور بعض الأمراض السيكوسوماتية.)

وقد تضمن اختبار اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة 62 بندا عبارة عن عدد مـن الجمل التي تصف حالة الفرد ومشاعره ويطلب من الفرد أن يقرأ العبارة بمنتهـى الدقـة ويختار بديلا واحدا فقط من بدائل الإجابة التالية:

- إطلاقا وتمثلها الدرجة 1.
- نادرا وتمثلها الدرجة 2.
- احيانا وتمثلها الدرجة 3.
- كثيرا وتمثلها الدرجة 4.
- دائما وتمثلها الدرجة 5.

ويتم تصحيح الاختبار بحساب الدرجة الكلية بجمع كل بنود الاختبار، وهي التـي تمثل شدة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى تلاميذ المرحلة الثانوية .

2- 3 اختبار مجموعة أسئلة للحالة النفسية (النسخة العامية) لمقياس مستشفى ميدل سيكس: والذي أعده محمود سامي عبد الجواد،وجيه جرس،يحـي الرخـاوي وكانـت الصورة الأصلية باللغة العامية .

وقد قامت الباحثة بإعداده باللغة العربية وحذفت البند الخـاص بالحالـة الجنسـية والذي تمثل في (هل تغيرت حالتك الجنسية) والذي كان ضـمن البعـد السيكوسـوماتي وغيرته ببند(هل تعاني من أمراض جلدية) وأخذ رقم 32 على نفس البعد من المقيـاس . وهذا لأن عينة البحث من فئة المراهقين ويتكون المقياس من 48 بند توزع علـى سـتة أبعاد كل بعد يحتوي على ثمانية بنود تتمثل على الترتيب في الأبعاد التالية:

1-القلق. 2- المخاوف المرضية. 3- الوسواس .

4-السيكوسوماتية. 5 – الاكتئاب. 6- الهستيريا .

طريقة التصحيح :

تعطى الدرجات كما يلي :

جـــدول رقم (5-2)

يبيـن معاييـر تصحيـح اختبـار الحالـة النفسيــــة

الاجابــــة	الدرجة
أبـــدا	0
مثل أي شخص	0
لا	0
ساعات	1
قلـيلا	1
نـعم	2
كثـــيرا	2
أكيـــد	2
دائـــما	2

القسم الثاني : منهج الدراسة العيادية

إضافة إلى الدراسة الوبائية، استندت الباحثة إلى الدراسة الإكلينيكية وذلك بهـدف التعمق حول المعلومات التي سبق التحصل عليها من خلال أدوات قياس الدراسة الوبائية التي طبقت في حصص جماعية (قائمة الأحداث الصدمية،اختبار الضغوط التالية للأحداث الصدمية ،اختبار ميدل سيكس للحالة النفسية) وإضافة معلومات أخرى حول خصوصيات المصدومين ، عجزت أدوات القياس الوبائي التحصل عليها.

1) أدوات الدراسة العيادية:

تم اختيار المقابلة كوسيلة من وسائل جمع المعلومات وذلك بأنهـا تـوفر اللقـاء المباشر بين الباحثة والحالة موضوع الدراسة، إضافة إلى أنها من الوسائل التـي تمكـن الباحثة من التعرف على الأفكار والمشاعر وبعض الخصائص الشخصية، وعلى الـرغم من وجود أنواع مختلفة من المقابلة إلا أن المقابلة المقننة قد تكـون الوسـيلة الأنسـب لتحقيق أحد أهداف الدراسة الإكينيكية في هذه الدراسة الراهنة الذي يتلخص في التأكد من المعلومات التي سبق جمعها من خلال أدوات القياس المذكورة سابقا، والتوسع حول هـذه المعلومات ومدى اتساقها مع نتائج الدراسة الوبائية. وقامت الباحثة باسـتخدام المقابلـة المقننة لكروك وستينيرتز.

1-1 المقابلة المقننة لكروك وستينرتز:

وتم فيها تقدير:

1- الحدث الصدمي: ويشتمل على المعلومات التالية

أ- البيانات البيوغرافية للمصدوم.

ب- تاريخ الصدمة.

ج- مكان الصدمة.

د- وصف مختصر للصدمة وظروفها (إظهار الأبعاد الثلاثة للحدث الصدمي).

هـ- تقدير الصدمة: ويتم فيها حساب درجة الصدمة من خلال الجوانب التالية:

- عنف الصدمة.
- حصة السبب الانساني فيها .
- الأثر الجسدي.
- الأثر النفسي .
- التنفيس (التصريف) أثناء وبعد الصدمة.
- وتقدر الدرجة القصوى للصدمة بـ 25 درجة

2- السوابق الشخصية :

واشتملت على تحديد السوابق العائلية المرضية من حيث:

من الذي أصيب بها ومتى وما هي هذه السـوابق العائليـة وهـل هـي سـوابق نفسجسدية أم سيكاترية أم صدمات نفسية سابقة.

أما السوابق الشخصية فقد تحددت في السوابق الطبية الجراحية ذات تأثير نفسي أم هي سوابق ذهانية أو عصابية أو مضادة للمجتمع.

وتحديد الصدمات النفسية السابقة إن وجدت من حيث زمن حدوثها وآثارها مـع تحليـل الأحداث الحياتية الأخرى من حيث زمن حدوثها وما هي ردود الفعل اتجاهها، كما هدفت المقابلة المقننة إلى الإلمام بالشخصية السـابقة ووصـفها وإظهـار سـمات الشخصـية المصدومة.

3- سلم التقدير العيادي :

ويتكون من خمسة عشر خانة، كل خانة تقدر بخمس درجات وهي كما يلي:

1. توفر تناذر الإعادة.
2. المعاش النفسي لتناذر الإعادة.
3. المصاحبة النوروإعاشية.
4. تكرار الإعادة.

5. حساسية المثير(الصدمة أو الحدث الصدمي).

6. القلق المعمم.

7. التعب النفسي.

8. الأعراض النفسية العصابية.

9. الإضطرابات النفسجسدية.

10. إضطرابات السلوك.

11. حالة الإستثارة الزائدة.

12. تناذر التجنب.

13. فقدان الاهتمام.

14. النكوص النرجسي.

15. العلاقات الإجتماعية.

16. وتقدر الدرجة القصوى لهذا السلم بـ 75 درجة.

وبعد تطبيق المقابلة المقننة لكروك وستينيرتز، تم تطبيق الإختبارت النفسية والتي تمثلت في اختبارات العمليات المعرفية حيث لجأنا إلى تطبيق اختبـارات الانتبـاه وهـي شطب الحروف والأرقام ثم طبقنا اختبارات إعادة الإنتاج البصـري واختبـار الألـوان واختبار سعة الأرقام والحروف واختبار القصة القصيرة واختبار التعرف علـى الوجـوه واختبار التعرف السمعي وأخيرا اختبار الذاكرة اللمسـية للأشـكال، وفيمـا يلـي هـذه الإختبارات مفصلة:

•

اختبارات العمليات المعرفية :

جدول رقم (5-3)

يبين قائمـة الاختبـارات المستخدمـة

نوع مادة الاختبار	اختبارات التذكر	اختبارات التعرف	اختبارات الانتباه
بصرية	-إعادة الإنتـاج البصـري (أحـد الاختبارات الفرعية لمقياس وكسلر) - الألوان	التعـرف علـى الوجوه	شطب الأرقام شطب الحروف
سمعية(لفظية)	- اختبار سعة الأرقام - اختبار سعة الحروف - اختبار القصة القصيرة	اختبار التعـرف علـى الكلمـات اللفظي(السمعي)	
لمسية	اختبار الذاكرة اللمسية للأشكال		

1-2 اختبـ ـارات الانتبـاه :

1-2-1 اختبار شطب الأرقام (إعداد الباحثة)

يتكون الاختبار من قائمة من الأرقام الزوجية والفردية مرتبة عشوائيا ويطلب من المفحوص أن يشطب فيها علـى:

- كل رقم 5 فقط في حالة سبقه برقم زوجي..
- و كل رقم 9 في حالة سبقه برقم فردي.

ويتم تصحيح الاختبار في ضوء عدد الإجابات الصحيحة التي شطبها المفحـوص في الوقت المحدد، ويستغرق الاختبار دقيقة وهناك 10 ثواني للتدريب. أمـا الدرجـة الكلية للاختبار فهي عدد الإجابات الصحيحة التي شطبها المفحوص في والوقت المحـدد (60 ثانية) للأداء.

1-2-2 اختبار شطب الحروف (إعداد الباحثة) :

أعد الاختبار بنفس كيفية شطب الأرقام وهو عبارة عن قائمة من الحروف الأبجدية موزعة بشكل عشوائي ويطلب من المفحوص أن يشطب فيها على كل حرف (ت) وكـل حرف (ح) في المدة الزمنية المحددة ويستغرق أداء الاختبار 60 ثانية بالإضافة إلـى 10 ثوان للتدريب. ويتم تصحيح الاختبار في ضوء الإجابات الصحيحة التي شطبها المفحوص في الوقت المحدد للأداء .

1-3 اختبـارات الذاكـــرة :

- **اختبارات الذاكرة المرئية :**

1-3- 1- اختبار إعادة الإنتاج البصري:

وهو أحد الاختبارات الفرعية لمقياس وكسلر للذاكرة ويتكون من ثلاثة بطاقـات مرسوم على كل بطاقة شكلا هندسيا أو أكثر، تقدم البطاقة الأولى للمفحوص لمدة عشر ثواني ثم ترفع من أمامه ويطلب منه عدا تصاعديا يبدأ من الصفر...إلخ وذلـك لمـدة 30 ثانية ثم يقدم له ورقة بيضاء ويطلب منه استعادة الشكل الذي سبق عرضه، تقـدم له البطاقة الثانية لمدة 15 ثانية ثم ترفع من أمامه ويطلب منـه الاسـتمرار فـي العـد التصاعدي من حيث انتهى لمدة 30 ثانية ثم يطلب منه استعادة الشكل وهكذا بالنسـبة للبطاقة الثالثة وتختلف طريقة التطبيق في هذه الدراسة عن الطريقة الأصلية وذلك تحقيقا لمفهوم الذاكرة قصيرة المدى (CTM) (انظر الفصل الرابع).

استخدمت نفس محكات التصحيح المنصوص عليها في تعليمات المقياس والدرجة القصوى على هذا الاختبار 14 درجة تخصص 3 درجات للشكل الأول و5 درجـات للشكل الثاني و6 درجات للشكل الثالث.

1-3-2 اختبار الألوان (من تصميم الباحثة) :

ويتكون من 10 بطاقات كل واحدة تحمل لون من الألوان: الأزرق، الأخضر الأصفر،البرتقالي، البني، الوردي، الأسود، الأبيض، الفضي، الذهبي.

وتقدم البطاقات بترتيب مقنن لجميع المفحوصين، ثم نطلـب مـن المفحـوص أن ينشغل لمدة دقيقة في عد تنازلي يبدأ من 90،89،88،87...الخ ثم يطلب منـه اسـتعادة أسماء الألوان التي سبق أن عرضت عليه.

أما الدرجة فهي عدد الألوان الصحيحة التي يتذكرها المفحوص

- **اختبارات الذاكرة السمعية:**

1-3-3- اختبار سعة الأرقام:

يعطى الاختبار (ا) و(ب) منفصلين والدرجة الكلية هي مجموع أعلى عـدد مـن الأرقام يعيده المفحوص إعادة صحيحة في كل من الاختبارين معا .

اختبار (ا) : إعادة الأرقام:

التعليمة " سوف أقول لك سلسلة أرقام، انتبه وبعدما انتهي، أعدها كما قلتها لـك " وإذا أعاد المفحوص السلسلة إعادة صحيحة يعطى عنها درجة، ثم يعطى بعد ذلك السلسلة الموالية أما اذا فشل فيسمح له بالمحاولة الثانية لنفس السلسلة فقط تقرا الأرقام بمعدل رقم واحد في الثانية .

اختبار (ب): إعادة الأرقام بالعكس :

التعليمة "الان سوف اقول لك سلسلة أرقام كذلك، لكن هذه المرة بعدما انتهي، أريد منك أن تقولها بالعكس مثلا لو انا قلت 9.6.2 تقول انت 2.6.9 يعني بالعكس " فإذا أعاد المفحوص الأرقام بالعكس دون خطا يعطى عنها درجة، والدرجة هي أعلى عـدد مـن الأرقام يعاد بالعكس إعادة صحيحة، الدرجة القصوى للاختبارين هي :14.

1-3-4- اختبار سعة الحروف (إعداد الباحثة) .

يتكون من سلاسل من حروف الهجاء العربية تتدرج في الزيادة. تقـرأ السلسـلة الأولى على المفحوص ويطلب منه ترديدها حرفا حرفا بصوت مرتفع وراء الباحثة ثـم تقدم له ورقة بها مثلثات يطلب منه أن يرسم ثلاثة خطوط داخل كل مثلث لمدة ثلاثين ثانية ثم يطلب منه استدعاء الحروف التي سبق أن سمعها وهكذا تعطى الدرجـة علـى حسب آخر سلسلة نجح فيها المفحوص.

1-3-5 اختبار القصة القصيرة (إعداد الباحثة).

يتكون من قصة قصيرة تحتوي على عدد من الجمل، تقرأ على المفحوص ثم يقدم له رسم عدد من الأشكال الهندسية (مربع، دائرة، مثلث، مستطيل) 5دقائق فيما بعد.

ثم يطلب منه أن يحكي القصة التي سبق أن سمعها والدرجة هـي عـدد الأفكـار الصحيحة التي تذكرها.

1-3-6 اختبار الذاكرة اللمسية للأشكال (من إعداد الباحثة) .

يتكون من خمسة أشكال متدرجة في الصعوبة (مربع، دائرة، مستطيل،مثلث،معين) يطلب من المفحوص أن يغمض عينيه ثم يعطي له الشكل الأول ليتلمسه 30 ثانيـة ثـم يطلب منه العد التصاعدي لمدة 30 ثانية ثم تعطى له ورقة بيضاء ليرسم الشكل الـذي تلمسه وهكذا. أما الدرجة بالنسبة لكل شكل مابين درجة وخمس درجات حسـب دقـة الرسم والدرجة القصوى للاختبار هي 25 درجة.

اختبارات التعرف لقياس التذكر وتتكون من :

1-اختبارات التعرف البصرية

2-اختبارات التعرف اللفظية (السمعية)

1-3-7 اختبار التعرف على الوجوه:

يتكون الاختبار من: 15 صورة لوجوه أطفال غيـر معـروفين، حيـث تعـرض الصور على المفحوص بالتتابع بمعدل خمس ثوان لكل صورة ويطلب من المفحوص أن يحدد بالتقريب عمر كل من أصحاب الصور وذلك لضمان انتباه المفحوص .بعد انتهـاء عرض الصور تقدم للمفحوص عمليات حسابية للقسمة على ثلاثة، 12-24-3-6-9-18-27-30 وذلك لمدة دقيقة ثم نقدم للمفحوص أزواج من الصور كل زوج يحتوي على صورة من الصور السابقة وذلك بشكل عشوائي ويطلب منه التعرف على الصور التـي سبق له أن رآها والدرجة هي عدد الصور الصحيحة التي يستطيع التعرف عليها.

1-3-8 اختبار التعرف اللفظي :

يتكون الاختبار من قائمة كلمات (20 كلمة)، تقرأ القائمة على المفحوص بمعدل كلمة في الثانية ويطلب منه أن يردد كل كلمة وراء الباحثة بصوت مرتفع حتى نتأكد من أنه سمعها وسجلها في ذاكرته. يقدم للمفحوص حبات من عقد مفرط، نطلب منه تركيبه لمدة دقيقة ثم نقرأ على المفحوص أزواج من الكلمات كل زوج منها يحتوي على كلمة من القائمة السابقة بشكل عشوائي ويطلب منه التعرف على الكلمات القائمة الأولى والدرجة هي عدد الكلمات الصحيحة التي يستطيع التعرف عليه

ثانيا-الدراسة الاستطلاعية

تم إجراء دراسة استطلاعية على عينة من التلاميذ، بلغ عددها 200 تلميذ، 100 تلميذ في ثانوية بني عمران بمستويات تعليمية ثلاثة (الأولى، الثانية، الثالثة) 100 تلميذ في ثانوية بومرداس بنفس المستويات التعليمية، وهذا فيما يخص تطبيق قائمة الأحداث الصدمية واختبار اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة كمرحلة أولى من التطبيق الاستطلاعي الجماعي.

أما المرحلة الثانية، فخصت للتطبيق الفردي، حيث طبقت فيها اختبارات العمليات المعرفية على عينة من التلاميذ قدرت بـ 15 تلميذ.

وقد تلى التطبيق الجماعي والفردي للاختبارات المعدة من طرف الباحثة توجيه عدد من الأسئلة إلى المشاركين تساهم في معرفة مدى وضوح تعليمات الاختبارات وفهم المقصود منها وقد كان هدفنا من وراء إجراء الدراسة الاستطلاعية ما يلي:

1- معرفة مدى ملائمة التعليمات الموضوعة من حيث بساطة عباراتها ووضوحها.

2- التحقق من وضوح بنود الاختبارات المطبقة.

3- تحديد متوسط تقريبي للزمن المستغرق في أداء كل اختبار (التطبيق الجماعي والتطبيق الفردي) .

4- الاهتداء إلى طريقة فعالة للتعرف على التلاميذ بعد التطبيق الجماعي لقائمة الأحداث الصدمية واختبار اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وفي الغياب القصدي لأسمائهم على أوراق الاستبيانات.

5- التأكد من صدق وثبات الاختبارات المطبقة في البحث .

6- التوصل إلى طريقة لتشخيص اضطراب الضغوط ما بعد الصدمة.

وقد أسفرت نتائج الدراسة الاستطلاعية عن ما يلي :

1- التوصل إلى تقدير زمن التطبيق الجماعي لقائمـة الأحـداث الصـدمية واختبـار اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة والذي قدر بساعة و20 دقيقة إلى ساعة ونصف.

2- التوصل إلي تقدير زمن التطبيق الفردي للمقابلة المقننة واختبارات بعض العمليـات العملية المعرفية: الانتباه والتذكر والذي قدر بساعة ونصف بما في ذلـك فتـرة راحـة وتعطى للمشارك تفاديا للملل الذي يمكن أن يشعر به ولضمان أكبر قدر من تركيزه.

3- التوصل إلى ترتيب الاختبارات المعرفية المطبقة على التلميذ والالتزام بالترتيب خلال كل الحصص لضمان خطة موحدة للتطبيق.

ثالثا - تقنيـن الأدوات:

1) الثبـــات :

اعتمدنا في حساب ثبات الاختبارات الخاصة بالدراسة على طريقة إعادة التطبيـق لاكتشاف مدى استقرار الأداء عبر الزمن، وقد قدرت الفترة الفاصلة بين التطبيـق الأول والثاني بـ 10 أيام إلى 13 يوم وهي فترة زمنية مناسبة تقلل إلى حد كبير من تباين الخطأ نتيجة التغيرات التي قد تحدث بين فترتي القياس.

وقد تكونت العينة الخاصة بحساب الثبات مـن 10 تلاميـذ يعـانون اضـطراب الضغوط التالية للصدمة تتراوح أعمارهم ما بين 17-20 عام بمتوسط حسـابي 18.24 وانحراف معياري قدر بـ 1.40 أما عينة التلاميذ غير المصابين تتراوح أعمارهم مـا بين 19-21 سنة بمتوسط حسابي 19.20 وانحراف معياري يقدر بـ 1.23.

جدول رقم(5-4)

يبين معاملات الثبات الخاصة باختبارات الدراسة بعد حسابها بطريقة إعادة التطبيق

عينــــة الدراسة / الاختبارات	عينة التلاميذ المصابين باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة ن=10	عينة التلاميذ غير المصابين ن=10
اختبار الضغوط التالية للصدمة PTSD	0.91	-
شطب الأرقام	0.72	0.84
شطب الحروف	0.76	0.86
التعرف على الوجوه	0.78	0.89
التعرف السمعي	0.86	0.93
اعادة الانتاج البصري	0.69	0.81
اختبار الالوان	0.81	0.88
اختبار سعة الأرقام	0.75	0.87
اختبار سعة الحروف	0.84	0.94
اختبار القصة القصيرة	0.68	0.80
اختبار الذاكرة اللمسية للاشكال الخشبية	0.79	0.85
اختبار الحالة النفسية	0.88،0.83،0.89،0.81،0.91،0.79*	

(*) وتمثل معاملات الإرتباط للاضطرابات الستة: القلـق , المخـاوف المرضـية, الوسـواس القهـري, الاكتئـاب, الاضطرابات النفسجسدية, الهيستريا على الترتيب.

وبالنظر إلى الجدول السابق يتضح أن معاملات الثبات تتراوح ما بين 0.69 إلى 0.94 وهذا يعني أن معاملات الثبات للاختبارات المستخدمة في الدراسة هي معـاملات ثبات مرضية إلى حد كبير مما يدعونا إلى الاطمئنان ونحن بصدد استخدامها في الدراسة الحالية.

2) الصـدق

رغم أن اختبارات الدراسة الحالية ثابتة ولكن هـذا الإجـراء غيـر كـاف، لان الاختبار الثابت قد لايكون بالضرورة صادقا ونحن بصـدد بحـث صـدق الاختبـارات

المطبقة، سوف نعتمد على أسلوب صدق التكوين لحساب صدق الاختبارات وذلك من خلال:

1- نتائج الصدق التقاربي والصدق التمييزي وهما مؤشران لصدق التكوين.

2- حساب صدق اختبار اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية والمتمثل في الاتساق الداخلي بين ابعاده التسعة والدرجة الكلية.

3- نسب الاتفاق بين المحكمين كمؤشر لصدق المضمون. تم حساب الصدق التمييزي والصدق التقاربي للاختبارات المستخدمة في الدراسة على عينة تقدر بـ20 تلميذ وذلك لحساب معامل الارتباط بين الاختبارات وبعضها بعضا. يوضح الجدول رقم (5-5) تلك المعاملات، ومن خلاله يتضح لنا عدة دلائل للصدق التقاربي للاختبارات تتفق مع ما هو متوقع من علاقات بينها:

1- ارتبط اختبار شطب الأرقام ارتباطا دالا إحصائيا مع اختبار شطب الحروف مما يبين صدق تكوينه لقياس وظيفة الانتباه .

2- ارتبطت اختبارات الذاكرة اللفظية بكل من اختبارات التعرف السمعي على الكلمات واختبار القصة القصيرة بدرجة دالة إحصائيا مما يبين صدق تكوينه لقياس وظيفة الذاكرة.

3- ارتبط اختبار شطب الحروف ارتباط ايجابيا قويا باختبارات التعرف السمعي على الكلمات وهذا يتفق مع نتائج الدراسات السابقة التي أشارت إلى وجود علاقة ايجابية بين الانتباه والوظائف المعرفية الأخرى.

جدول (5-5)

يبين معاملات الارتباط بين الاختبارات وبين بعضها بعض الخاصة بعينة التلاميذ غير المصابين بـ PTSD

الاختبارات		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	شطب الأرقام	1									
2	شطب الحروف	0.784*	1								
3	التعرف على الوجوه	0.504*	0.360	1							
4	التعرف السمعي	0.406	0.494*	0.604*	1						
5	القصة القصيرة	0.386	0.224	0.498*	0.608*	1					
6	الإنتاج البصري	0.483*	0.518*	0.306	0.284	0.408	1				
7	اختبار الالوان	0.128	0.248	0.324	0.410	0.398	0.692*	1			
8	سعة الأرقام	0.104	0.128	0.102	0.094	0.068	0.154	0.206	1		
9	سعة الحروف	0.207	0.164	0.098	0.058	0.134	0.264	0.184	0.464*	1	
10	الذاكرة اللمسية	0.189	0.226	0.0336	0.284	0.230	0.335	0.205	0.099	0.101	1

- قيمة معامل الارتباط عند ن= 20 ومستوى دلالة 5%= 0.561
- قيمة معامل الارتباط ن= 20 ومستوى دلالة 1% = 0.444

جـــــدول رقم (5-6)

يبين معاملات الارتباط بين الاختبارات وبين بعضها بعض الخاصة بعينة التلاميذ المصابين بـ PTSD

الاختبارات		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	شطب الأرقام	1									
2	شـــــطب الحروف	*0.798	1								
3	التعرف على الوجوه	*0.586	0.407	1							
4	التعــــرف السمعي	*0.476	*0.506	*0.702	1						
5	القصـــــة القصيرة	0.409	0.417	*0.508	*0.728	1					
6	الإنتـــــاج البصري	*0.598	*0.634	0.419	0.412	*0.533	1				
7	اختبار الالوان	0.314	0.324	0.423	0.434	0.416	*0.781	1			
8	سعة الأرقام	0.236	0.304	0.214	0.128	0.193	0.351	*0.513	1		
9	سعة الحروف	0.305	0.403	0.215	0.126	0.264	0.365	0.415	*0.504	1	
10	الـــــذاكرة اللمسية	0.405	0.320	0.194	0.334	0.377	0.415	0.394	0.128	0.224	1

(*) علامة الدلالة الاحصائية.

- قيمة معامل الارتباط عند ن=20 ومستوي الدالة 0.05 =0.561
- قيمة معامل الارتباط عند ن=20 ومستوى الدلالة 0.01=0.444.

أما حساب صدق اختبار اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية فقد تـم بحسـاب درجة الاتساق الداخلي بين أبعاده التسعة ودرجته الكلية. والجدول (5ـ7) يبين نتائج.

جدول رقم (5ـ7)

يبين معاملات الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية لمقياس PTSD

مقياس **PTSD**	معامل الارتباط	الدلالة
الشعور بمعاودة معايشة الحدث	0.844	0.05
تجنب المنبهات المرتبطة بالحدث الصدمي	0.790	0.05
فقدان الاهتمام والإحساس بخدر الانفعالات	0.697	0.05
الاستشارة الدائمة	0.659	0.05
الشعور بالذنب	0.734	0.05
التعب النفسي	0.814	0.05
اضطرابات سلوكية	0.730	0.05
اضطرابات نفسية عصابية	0.738	0.05
الاضطرابات النفسجسدية	0.639	0.05

- قيمة معامل الارتباط ن =10 ومستوى الدلالة 0.05 = 0.632
- قيمة معامل الارتباط ن=10 ومستوى الدلالة 0.01 = 0.735

ويتضح من الجدول رقم (5ـ7) أن معاملات الارتباط لكل بعد من أبعاد المقياس "مقياس الضغوط التالية للأحداث الصدمية" دال عند مستوى الدلالة 0.05 وهذا ما يؤكـد صـدق الاختبار.

ثانياً: حساب نسب الاتفاق بين المحكمين كمؤشر لصدق التكوين: تم حساب نسب الاتفاق بين المحكمين من خلال المعادلة التالية :

$$\frac{\text{عدد البنود المتفق عليها}}{\text{عدد البنود الكلية}} \times 100$$

جـــدول رقم (5-8)

يوضح نسب الاتفاق بين المحكمين فيما يتعلق باختبارات PTSD وقائمة الأحداث الصدمية

الاختبــــار	عددالبنود المتفق عليها	العدد الكلي للبنود	نسبة الاتفاق
اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة	62	65	%95.38
قائمة الأحداث الصدمية	20	24	%83.33
مقياس الحالة النفسية	48	48	%100

و يتضح من الجدول(5-7) ان نسبة الاتفاق الخاصة بالاختبـارات علـى درجـة مرضية إلى حد كبير وهذا يجعلنا نستخدمها بشيء من الاطمئنان في الدراسة الراهنة.

رابعا- إجــراءات التطبيق :

تم تطبيق الاختبارات المستخدمة في البحث في المراحل الآتية:

1- **المرحلة الأولى**:تم تطبيق فيها قائمة الأحداث الصدمية واختبار اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة في عشر ثانويات بولاية بومرداس، في حصص جماعية بحضور مستشـار التوجيه المدرسي والمهني العامل بالثانوية الذي كان له دور كبير في تسـهيل الاتصـال وكسب ثقة التلاميذ في وقت قصير جدا.

دامت كل حصة ساعة و20 دقيقة تقريبا إلى ساعة ونصف حيث طبق الاختبارين على تلاميذ المستويات الثلاثة بكل ثانوية (السنة الأولى والثانية والثالثة).

شرع في التطبيق الجماعي في بداية شهر نوفمبر من عام 2007 إلى غاية جانفي من عام 2008(وزع 2100 استبيان عولج منه 2003).

2- **المرحلة الثانية** :خصت المرحلة الثانية لتطبيق اختبار الحالة النفسية المسمى ميـدل سكس والذي طبق على نفس عينة المرحلة الثانية، وهذا من بداية شهر فيفري مـن عـام 2008 الى غاية افريل من نفس العام ووصلت العينة إلى 1952 تلميذ وهذا بسبب غياب بعض التلاميذ في حصص التطبيق الجماعي.

3- **المرحلة الثالثة**: شرعنا في التطبيق الفردي في منتصف شهر افريل من عام 2008، حيث ارتكزت هذه المرحلة على المقابلة العيادية المقننة، حيث تم فيها تطبيق اختبـارات العمليات المعرفية كالانتباه الذي قيس باختباري شطب الأرقام وشطب الحروف .

واختبارات التذكر التي تجسدت في اختبارات الذاكرة البصرية والسمعية واللمسية واختبارات التعرف البصري والسمعي .

و هذا على مجموعتي بحث، الأولى قد تم تشخيص اضطراب الضـغوط التاليـة للصدمة لديها أما الثانية، فهي فئة التلاميذ غير المصـابة باضـطراب PTSD وقـدرت مجموعة البحث بـ 30 تلميذ لكلا الفئتين (المصابة وغير المصـابة بـ PTSD) ودام التطبيق الفردي من المرحلة الثالثة إلى غاية شهر ماي من نفس العام.

- روعي أثناء المرحلة الثالثة من التطبيق وهو التطبيق الفردي اختيار مكتـب يتـوفر على ظروف التطبيق الجيد وهو مكتب مستشار التوجيه المدرسي والمهني بكـل ثانويـة يزاول فيها التلميذ المعني دراسته، وهو مكان مناسب بعيد عن الضوضاء.
- روعي أثناء التطبيق إجادة التفاعل مع التلميذ وتطبيق الاختبـارات الخاصـة بهـذه المرحلة –في ترتيب موحد لجميع عينة مجموعة البحث- اختبارات الانتباه(اختبار شطب الحروف وشطب الأرقام)-اختبار إعادة الإنتاج البصري – اختبار الألوان- اختبار سـعة الأرقام والحروف – اختبار القصة القصيرة – اختبار التعرف على الوجـوه – اختبـار التعرف السمعي واخيرا اختبار الذاكرة اللمسية للاشكال.

خامسا - خطوات المعالجة:

للإجابة على السؤال الأول للدراسة والتعرف على مقـدار الأحـداث الصـدمية المولدة لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة نلجأ إلى ترتيب الأحداث الصدمية وفق أبعادها

الثلاثة المدركة لدى تلاميذ المرحلة الثانوية (التهديد بـالموت، الرعـب، العجـز عـن التصرف) بحساب النسبة المئوية لتكرار كل حدث.

حيث قمنا بحساب النسبة المئوية لتكرار كل حدث عن طريق ضرب التكـرارات في متوسط تحديد الأثر ثم رتبت الأحداث الصدمية تصاعديا.

أما فيما يخص السؤال الثاني للبحث وهو ما نسبة التعرض للاحـداث الصـدمية والتأثر بها فقد قمنا بحساب نسبة كل حدث صدمي جاء بالقائمة إضافة إلى أحداث صدمية أخرى وفيما يخص تأثير الأبعاد الثلاثة (التهديد بالموت، الخوف والعجز عن التصـرف) فقد جمعنا بين :

قليلا + أحيانا فأصبحت معتدل و كثيرا + دائما فأصبحت شديد

و تركنا لا لوحدها التي تعبر عن عدم الإحساس بالأثر.

أما فيما يخص التأثر المعتدل أو الشديد فهو يعبر عن الإحساس بالأثر وهـذا مـا استخدمناه للإجابة على السؤال الثالث للبحث الذي يبحث في الفرق بين التلاميذ في الأثر السلبي (الإحساس بالأثر) مقابل عدم الإحساس به على الأبعاد الثلاثة المولدة لـ **PSTD** فاستخدمنا لاختبار فرضية البحث الثالثة اختبار (كا) تربيع.

أما أسئلة البحث الأخرى فنستخدم اختبـار ت لدلالـة الفـروق الموجـودة بـين المتغيرات لبيان وتوضيح تأثير التفاعل بينها في الأداء على الاختبارات المطبقـة فـي الدراسة وهذا على مجموعتي بحث بلغت ثلاثـين تلميـذ مصـابين باضـطراب **PTSD** وثلاثين غير مصابين باضطراب **PTSD**.

ملخص الفصل الخامس

تناولنا في هذا الفصل منهج الدراسة والعينة المستخدمة في المرحلة الأولى والثانية والثالثة من البحث كما تطرقنا إلى المراحل التفصيلية لإعداد أدوات الدراسة وقد وصفناها سـواء كانت هذه الأدوات من إعداد الباحثة أو أدوات سبق وأن استخدمت في بحوث سابقة، كما تعرضنا إلى ذكر الخصائص السيكومترية للأدوات المستخدمة من ثبات وصـدق، كمـا أشرنا على ظروف الجانب التطبيقي من البحث وطريقة جمع البيانات وأخيـرا عرضـنا طرق المعالجة الإحصائية التي استخدمناها في تحليل البيانات.

الفصل السادس:
عرض نتائج الدراسة

القسم الأول: **عرض نتائج الدراسة الوبائية**

القسم الثاني: **عرض نتائج الدراسة العيادية**

1) نتائج المقابلة الخاصة بالحالة الأولى
2) نتائج المقابلة الخاصة بالحالة الثانية
3) نتائج المقابلة الخاصة بالحالة الثالثة
4) نتائج المقابلة الخاصة بالحالة الرابعة
5) نتائج المقابلة الخاصة بالحالة الخامسة
6) نتائج المقابلة الخاصة بالحالة السادسة
7) نتائج المقابلة الخاصة بالحالة السابعة
8) نتائج المقابلة الخاصة بالحالة الثامنة
9) نتائج المقابلة الخاصة بالحالة التاسعة
10) نتائج المقابلة الخاصة بالحالة العاشرة
11) نتائج المقابلة الخاصة بالحالة الحادية عشر
12) نتائج المقابلة الخاصة بالحالة الثانية عشر
13) نتائج المقابلة الخاصة بالحالة الثالثة عشر
14) نتائج المقابلة الخاصة بالحالة الرابعة عشر
15) نتائج المقابلة الخاصة بالحالة الخامسة عشر
16) نتائج المقابلة الخاصة بالحالة السادسة عشر
17) نتائج المقابلة الخاصة بالحالة السابعة عشر
18) نتائج المقابلة الخاصة بالحالة الثامنة عشر
19) نتائج المقابلة الخاصة بالحالة التاسعة عشر
20) نتائج المقابلة الخاصة بالحالة العشرين
21) نتائج المقابلة الخاصة بالحالة الحادية والعشرين
22) نتائج المقابلة الخاصة بالحالة الثانية والعشرين
23) نتائج المقابلة الخاصة بالحالة الثالثة والعشرين
24) نتائج المقابلة الخاصة بالحالة الرابعة والعشرين
25) نتائج المقابلة الخاصة بالحالة الخامسة والعشرين

ملخص الفصل

تمهيـــد:

بعد عرض خطوات المعالجة و التحليل الإحصائي لبيانات الدراسة يكون البحث قد تحددت إجراءاته، ويبقى علينا أن نعرض نتائجه وهو موضوع الفصل الراهن.

القسم الاول: عرض نتائج الدراسة الوبائية:

قبل عرض التحليلات الإحصائية وجب عرض ما يلي:

1- المتوسطات والانحرافات المعيارية للأبعاد التسعة لمقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة **PSTD** ن= 2003.

جدول رقم (6-1)

يبين المتوسطات والانحرافات المعيارية لأبعاد مقياسPTSD

رقم البعد	اسم البعد	المتوسط	الانحراف المعياري
1	الشعور بمعاودة معايشة الحدث	2.41	1.21
2	تجنب المنبهات المرتبطة بالحدث الصدمي	2.23	1.32
3	فقدان الاهتمام والإحساس بخدر الانفعالات	1.92	1.14
4	الاستثارة الدائمة	2.04	1.11
5	الشعور بالذنب	1.60	1.09
6	التعب النفسي	2.31	1.19
7	اضطرابات سلوكية	2.03	1.12
8	اضطرابات نفسية عصابية	2.09	1.16
9	الاضطرابات النفسجسدية	1.36	1.04

وتشير البيانات السابقة إلى أن أقل المتوسطات تتعلق بالبعد الخاص بالاضطرابات النفسجسدية وقدر بـ 1.36 في حين جاءت البنود المرتبطة ببعد الشعور بمعاودة معايشة الحدث أو تكرار الحدث بأعلى المتوسطات حيث بلغت 2.41 يليها بعد التعب النفسي الذي قدر بـ2.31 ثم بعد تجنب المنبهات المرتبطة بالحدث حيث وصل إلى 2.23 ليتبعه مباشرة بعد اضطرابات نفسية عصابية بـ2.09 ثم بعد الاستثارة الدائمة أو التنبيه الزائد بـ2.04 أما المرتبة السادسة كانت للاضطرابات السلوكية بـ2.03 أما المرتبة السابعة والثامنة فكانت من نصيب كلا من بعدي فقدان الاهتمام والإحساس بخدر الانفعالات والشعور بالذنب والتي قدرت بـ 1.92 و1.60 على الترتيب.

وللإجابة على التساؤل الأول للدراسة والخاص بأكثر الأحداث الصدمية انتشارا عند التلاميذ وفق الآثار المدركة من تهديد بالموت، رعب وعجز عن التصرف. فقد استخرجنا النسبة المئوية للثقل الخاص بكل حدث ثم رتبت الأحداث الصدمية وفق اثارها المدركة.

جدول رقم (6-2)
يوضح ترتيب الأحداث الصدمية حسب الآثار المدركة

الرقم	الحدث	التكرار	تهديد الحياة	الرعب	العجز عن التصرف	المعدل	نسبة ثقل الحدث	الترتيب
01	حادث خطير بالسيارة	768	1.56	1.60	1.38	1.51	11.59	11
02	الإعتداء بالضرب	556	2.13	2.01	2.37	2.17	12.06	10
03	الاختطاف أو محاولة الاختطاف	68	2.16	2.13	2.32	2.20	01.50	18
04	هجوم مسلح	708	3.11	3.17	3.14	3.14	22.23	4
05	رؤية حادث مرعب	644	2.20	2.49	2.22	2.30	14.81	8
06	التعذيب	18	2.50	2.97	2.27	2.58	0.46	21
07	اعتداء جنسي	58	2.84	3.01	3.03	2.96	01.71	17
08	انهيار مسكن بسبب الزلزال فيضانات وأنت فيه	478	3.19	3.20	3.09	3.16	15.10	7
09	كارثة طبيعية زلزال	1962	3.22	3.36	3.07	3.22	63.17	1
10	كارثة طبيعية فيضان	596	2.83	2.92	2.75	2.83	16.86	6
11	حادث طائرة	56	2.57	2.8	2.66	2.67	01.49	19
12	وفاة عزيز نتيجة حادث سيارة	367	3.16	3.17	3.09	3.14	11.52	12
13	وفاة عزيز نتيجة قتل من طرف الإرهاب	781	3.35	3.23	3.14	3.24	25.30	2
14	وفاة عزيز نتيجة زلزال أو فياضانات	598	3.64	3.73	3.23	3.53	21.10	5
15	التعرض للغرق	286	1.74	1.80	1.68	1.74	04.98	15
16	حريق بالمنزل	245	1.95	1.72	1.81	1.83	04.48	16
17	ضياع طفل أو فقدانه	56	2.42	2.30	2.03	2.25	01.26	20
18	تفجير إرهابي	654	3.57	3.83	3.78	3.73	24.39	3
19	فقد أحد من العائلة نتيجة عملية ارهابية	595	2.20	2.31	2.01	2.17	12.91	9
20	سرقة	452	1.54	1.91	1.59	1.68	07.57	14
21	حادث آخر	256	03.31	03.35	03.29	03.32	08.50	13

ويلاحظ من الترتيب التشابه الخاص في قوة الآثار المدركة للحدث على الأبعاد الثلاثة (التهديد بالموت، الرعب، العجز عن التصرف)

مما يوضح اتفاق التلاميذ على أن الأبعاد الثلاثة للحدث الصدمي تشكل أساس الاضطرابات التالية للصدمة وذات دلالة مشتركة على فجأة الحدث وتأثيره على التلاميذ. أما فيما يخص ترتيب تلك الأحداث الصدمية، فقد احتل الحدث الصدمي "كارثة طبيعية زلزال"المرتبة الأولى من حيث شدة التأثير السلبي على التلاميذ بفارق يبلغ 37.87% عن الحدث الصدمي الذي يليه" وفاة عزيز نتيجة قتل من طرف الإرهاب" والذي بلغت نسبة ثقله 25.30% أما المرتبة الثالثة والرابعة فكانت للأحداث الصدمية "تفجير إرهابي" و"هجوم مسلح" حيث بلغت نسبة ثقلها 24.39% و22.30% على الترتيب في حين احتل الحدث الصدمي "وفاة عزيز نتيجة زلزال" و" كارثة طبيعية فيضان" المرتبتين الخامسة والسادسة على الترتيب بفارق ثقل قدر بـ 4.24%

أما المراتب التالية :السابعة والثامنة والتاسعة فكانت من نصيب الأحداث الصدمية "انهيار المسكن بسبب الزلزال أو الفياضانات وأنت فيه"رؤية حادث مرعب" وفقد احد من العائلة بنسب ثقل متقاربة قدرت بـ15.10%،14.81%،12.91% على الترتيب اما الاحداث الصدمية التي توسطت قائمة الاحداث الصدمية فكانت من نصيب الاحداث التالية "الاعتداء بالضرب " "حادث خطير بالسيارة " و"وفاة عزيز نتيجة حادث سيارة" حيث اخذت تقريبا نسبة ثقل متقاربة جدا وهي 12.06%، 11.59%، 11.52% على الترتيب بفارق ثقل لا يتجاوز 0.54% وفي المقابل جاءت الاحداث الصدمية الاخرى التي قدرت نسبة ثقلها ما بيين 7.57% الى 0.46% مرتبة ابتداءا من المرتبة الرابعة عشر الى الواحد والعشرين وهي الاحداث الصدمية الاتية :" سرقة" "التعرض للغرق" " حريق بالمنزل" "اعتداء جنسي" " الاختطاف او محاولة الاختطاف " "حادث طائرة " " ضياع طفل او فقدانه" "التعذيب" ونلاحظ ان الاحداث التالية من 14 الى 21 شغلت أدنى القائمة في تاثيرها السلبي المحدد بالابعاد الثلاثة ضمن قائمة الاحداث الصدمية التي تؤثر تاثيرا مباشرا على التلاميذ ولكنها قليلة الحدوث او انها تفقد عنصر الفجاءة. وشغل الحدث الصدمي الخاص الذي يمكن أن يكون التلاميذ قد تعرضوا له ولم يرد ضمن قائمة

الاحداث المرتبة الثالثة عشر مما يشير الى ان احتمالات تعرض الفرد إلى أحداث أخرى موجودة وان قائمة الأحداث التي جاءت في الدراسة لم تحصر كل الاحداث الصدمية.

وللإجابة عن السؤال الثاني للبحث والذي يتمثل في نسبة التلاميذ الذين تعرضوا لكل حدث من الأحداث الصدمية ومدى التأثر به وفق الأبعاد الثلاثة المحددة للإحساس باضطراب الضغوط التالية للصدمة نعرض معطيات جدول رقم(6-3).

جـــــدول رقم (6-3)

يبين نسبة التعرض إلى الحدث الصدمي ومدى التأثر به

الرقم	الحدث	النسبة	تهديد الحياة			الرعـــب			العجز عن التصرف			تكرار الحدث
		%	لا	معتدل	شديد	لا	معتدل	شديد	لا	معتدل	شديد	
01	حادث خطير بالسيارة	38.34	552 71.87	162 21.09	54 7.03	538 70.05	172 22.40	58 7.55	578 75.26	148 19.27	42 5.47	768
02	الاعتداء بالضرب	27.76	266 47.84	192 34.53	98 17.62	288 51.80	186 33.45	82 14.74	240 43.16	170 30.57	146 26.25	556
03	الاختطاف	3.39	26 38.23	34 50	8 11.76	30 44.11	28 41.17	10 14.70	24 35.29	32 47.05	12 17.64	68
04	هجوم مسلح	35.34	120 16.95	282 39.83	306 43.22	98 13.84	298 42.09	312 44.07	104 14.69	300 42.37	304 42.94	708
05	رؤية حادث مرعب	32.15	364 56.25	102 15.83	178 27.64	188 29.19	316 49.06	140 21.74	280 43.48	242 37.58	122 18.94	644
06	التعذيب	0.89	8 44.44	4 22.22	6 33.33	5 27.77	5 27.77	8 44.44	8 44.44	6 3.33	4 2.22	18
07	اعتداء جنسي	2.89	16 27.58	20 34.48	22 37.93	12 20.68	22 37.93	24 41.37	14 24.13	18 31.03	26 44.82	58
08	انهيار سكن وانت فيه لسبب الزلازل أو فياضانات	23.86	94 19.66	148 30.96	236 49.37	78 16.37	152 31.80	248 51.88	84 17.57	188 39.33	206 43.10	478
09	كارثة طبيعية زلزال	97.75	206 10.05	98 45.36	866 44.13	98 4.99	950 48.41	914 46.58	240 12.23	982 50.05	740 33.71	1962
10	كارثة طبيعية فيضان	29.75	194 32.88	140 23.45	262 43.89	120 20.13	260 43.62	216 36.24	206 34.56	160 26.84	230 38.59	596
11	حادث طائرة	2.79	16 28.57	26 46.42	14 25	10 17.85	30 53.57	16 28.57	18 32.14	20 35.71	18 32.14	56
12	وفاة عزيز نتيجة حادث سيارة	18.32	115 31.33	102 27.97	150 40.87	71 19.34	120 32.69	176 47.95	87 23.70	106 28.88	174 47.41	367

الرقم	الحدث	النسبة	تهديد الحياة			الرعـــب			العجز عن التصرف			تكرار الحدث
		%	لا	معتدل	شديد	لا	معتدل	شديد	لا	معتدل	شديد	
13	وفاه عزيز نتيجة قتل من طرف الارهاب	38.99	107 13.76	260 33.29	414 53	99 12.67	320 40.97	362 46.35	169 21.63	234 29.96	378 48.39	781
14	وفاة عزيز نتيجة زلزال	29.85	102 17.05	78 13.04	418 69.89	62 10.36	120 20.06	416 69.56	114 19.06	178 29.76	306 51.17	598
15	التعرض للغرق	14.28	198 69.23	48 16.78	40 13.98	170 59.44	88 30.76	28 9.79	150 52.44	90 31.47	46 16.08	286
16	حريق بالمنزل	12.23	145 59.18	58 23.67	240 17.14	157 64.08	72 29.88	16 6.35	149 6.08	68 27.75	28 11.42	245
17	ضياع طفل أو فقدانه	2.79	24 42.85	16 28.57	16 28.57	18 32.14	30 53.57	8 14.28	20 35.71	34 60.71	2 3.57	56
18	تفجير ارهابي	32.65	88 13.45	150 22.93	416 63.60	28 4.28	186 28.44	440 67.27	26 3.97	188 28.74	440 67.27	654
19	فقد أحد من العائلة بسبب عملية ارهابية	29.70	169 28.40	388 65.81	38 6.38	122 20.50	439 73.94	34 5.71	251 42.18	300 50.42	44 7.39	595
20	سرقة	22.57	304 67.25	136 30.08	12 22.65	194 42.92	244 53.98	14 3.09	286 63.27	156 34.51	10 2.21	452
21	حادث آخر مؤلم	12.78	136 35.12	67 26.17	53 20.70	36 14.06	91 35.54	129 50.39	31 12.10	134 52.34	91 35.54	256

من ملاحظة الجدول رقم (6-3) نجد أن الأحداث الصدمية التي ظهرت في القائمة قد تعرض لها نسبة من التلاميذ تراوحت ما بين 0.89% (التعذيب) و97.75% "كارثة طبيعية زلزال".

كما بلغت نسبة التلاميذ الذين تعرضوا لحدث صدمي آخر لم تتضمنه قائمة الأحداث الصدمية12.87% مما يشير إلى أن دائرة الأحداث الصدمية يجب أن تتسع دائرتها لتشمل التصنيف الجديد للأحداث الصدمية الذي جاء في هذه الدراسة، خاصة أن تلك الأحداث تركت أثارا تراوحت حدتها ما بين المعتدل والشديد على الأبعاد الثلاثة المطورة لاضطراب الضغوط التالية للصدمة حيث بلغت على بعد الرعب نسبة 35.54%

(معتدل) و50.39% (شديد) اما على بعد العجز عن التصرف فبلغت 52.34% (معتدل) و35.54% (شديد).

وللإجابة على السؤال الثالث للبحث والذي يختص بتحديد الفروق فيما يخص الأبعاد الثلاثة بين التلاميذ (ذكور وإناث) في الأثر السلبي من عدمه، استخرجت قيم (كا) تربيع على متغيرين رئيسيين: الإحساس بالأثر مقابل عدم الإحساس به.وقد حسبت قيم (كا^2) لبرنامج MSTATC 2.10 (جامعة ولاية ميتشجن ,Michigan)، والجدول رقم (6-4) يبين هذه المعطيات.

الجدول رقم (4-6)

يبين قيم (كا^2) للفروق بين الجنسين على متغير الإحساس بالأثر السلبي من عدمه

رقم الاحداث الصدمية	المتغير	التهديد بالموت				الرعب				العجز عن التصرف			
		عدم الاحساس بالاثر	الاحساس بالاثر	x^2	الدلالة	عدم الاحساس بالاثر	الاحساس بالاثر	x^2	الدلالة	عدم الاحساس بالاثر	الاحساس بالاثر	X^2	الدلالة
1	ذ ا	309 243	186 30	60.22	دال 0.001	342 196	158 72	1.64	غير دال	360 218	140 50	7.68	دال 0.0005
2	ذ ا	168 98	189 101	0.17	غير دال	194 94	202 66	3.96	دال 0.05	151 89	183 133	1.22	غير دال
3	ذ ا	19 07	24 18	1.14	غير دال	18 12	15 23	2.06	غير دال	21 03	27 15	3.06	دال 0.08
4	ذ ا	77 43	344 244	1.10	غير دال	64 34	217 393	29.95	دال 0.0001	79 25	294 310	25.41	دال 0.0001
5	ذ ا	220 144	154 126	1.71	غير دال	120 68	153 303	48.74	دال 0.0001	134 146	117 247	15.77	دال 0.0001
6	ذ ا	06 02	07 03	0.09	غير دال	03 02	11 02	0.24	غير دال	06 02	07 03	0.08	غير دال
7	ذ ا	11 05	16 26	3.23	غير دال	08 04	12 34	5.25	دال 0.02	09 05	13 31	4.07	دال 0.04
8	ذ ا	50 44	207 177	0.00008	غير دال	51 27	188 212	8.10	دال 0.004	62 22	198 196	14.55	دال 0.0001
9	ذ ا	104 102	739 1017	4.97	دال 0.02	58 40	783 1081	10.53	دال 0.001	123 117	718 1004	7.47	دال 0.006
10	ذ ا	95 99	204 198	0.10	غير دال	65 55	178 298	10.48	دال 0.001	104 102	139 251	11.69	دال 0.001
11	ذ ا	10 06	12 28	3.79	دال 0.05	07 03	13 33	4.54	دال 0.03	10 08	20 18	0.006	غير دال
12	ذ ا	98 17	124 128	41.35	دال 0.0001	58 13	98 198	53.33	دال 0.0001	69 18	173 107	8.31	دال 0.004

رقم الاحداث الصدمية	المتغير	التهديد بالموت				الرعب				العجز عن التصرف			
		عدم الاحساس بالاثر	الاحساس بالاثر	x^2	الدلالة	عدم الاحساس بالاثر	الاحساس بالاثر	x^2	الدلالة	عدم الاحساس بالاثر	الاحساس بالاثر	X^2	الدلالة
13	ذ ا	96 11	336 338	57.78	دال 0.0001	80 19	287 395	50.51	دال 0.0001	124 45	340 272	16.70	دال 0.0001
14	ذ ا	59 43	240 256	2.65	غير دال	41 21	236 300	10.04	دال 0.001	89 25	208 276	44.7	دال 0.0001
15	ذ ا	168 30	58 30	12.06	دال 0.0005	127 43	65 51	10.06	دال 0.001	99 51	56 80	16.72	دال 0.001
16	ذ ا	59 86	35 65	0.58	غير دال	105 52	29 59	24.83	دال 0.0001	46 103	35 61	0.59	غير دال
17	ذ ا	08 16	10 22	0.01	غير دال	08 10	13 25	0.19	غير دال	06 14	09 27	0.008	غير دال
18	ذ ا	56 32	280 286	5.56	دال0.01	19 09	311 315	18.85	دال 0.09	18 08	314 314	2.96	دال دال0.08
19	ذ ا	89 80	216 210	0.11	غير دال	93 29	237 236	25.75	دال 0.0001	146 105	173 171	3.31	دال0.07
20	ذ ا	207 97	81 67	7.12	دال 0.007	108 86	65 193	42.25	دال 0.0001	163 123	106 60	1.77	غير دال
21	ذ ا	24 14	92 126	4.92	دال0.03	06 03	103 144	1.31	غير دال	04 02	96 154	0.96	غير دال

نلاحظ من الجدول رقم (4ـ6) اختلاف مستوى الدلالة بالنسبة للفروق بين الجنسين على الأبعاد الثلاثة مثل التهديد بالموت، الرعب، العجز عن التصرف فيما يخص الحدث الصدمي الواحد .فنجد الأحداث الصدمية التسعة التالية :حادث خطير بالسيارة، الزلزال،حادث طائرة ، وفاة عزيز نتيجة حادث سيارة، وفاة عزيز نتيجة قتل من طرف

الإرهاب، وفاة عزيز نتيجة زلزال أو فيضان، التعرض للغرق، تفجير ارهابي، سرقة، حدث صدمي آخر مؤلم.

جاءت الأحداث الصدمية المذكورة مثيرة لمشاعر التهديد بالموت، حيث هناك فروق بين الذكور والإناث فيما يتعلق بمشاعر التهديد بالموت. وكانت هذه الفروق أغلبها لصالح الإناث وهذا حسب الحدث الصدمي المثير لهذه المشاعر وفيما يلي نسب التهديد بالموت حسب الأحداث الصدمية المثيرة لهذه المشاعر:

- حادث خطير بالسيارة: كانت مشاعر التهديد بالموت لصالح الذكور9.29% مقابل 1.5 % بالنسبة للإناث.
- الزلزال : كانت مشاعر التهديد بالموت لصالح الإناث، 50.77% مقابل 36.95% بالنسبة للذكور.
- حادث طائرة: كانت مشاعر التهديد بالموت لصالح الإناث1.40 مقابل 0.65 بالنسبة للذكور.
- وفاة عزيز نتجة حادث خطير بالسيارة: كانت مشاعر التهديد بالموت لصالح الإناث 6.39% مقابل 6.19 % بالنسبة للذكور.
- وفاة عزيز نتيجة قتل من طرف الإرهاب: كانت مشاعر التهديد بالموت لصالح الإناث 16.87% مقابل 16.77% بالنسبة للذكور.
- التعرض للغرق: كانت مشاعر التهديد بالموت لصالح الذكور2.89 مقابل1.5 بالنسبة للإناث.
- تفجير ارهابي: كانت مشاعر التهديد بالموت لصالح الإناث 14.28%مقابل 13.98% بالنسبة للذكور.
- السرقة: كانت مشاعر التهديد بالموت لصالح الذكور4.04مقابل3.34 بالنسبة للإناث.
- حادث آخر مؤلم: كانت مشاعر التهديد بالموت لصالح الإناث6.29%مقابل4.59 % بالنسبة للذكور.

ولم تشير قيم كا^{2} إلى وجود فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث فيما يخص مشاعر التهديد بالموت للأحداث الصدمية المتبقية من قائمة الأحداث الصدمية المطبقة.

أما فيما يخص الرعب فجاءت الأحداث الصدمية الستة عشر التالية لصالح الإناث أحيانا أو لصالح الذكور أحيانا أخرى.

- **الإعتداء بالضرب:** كانت مشاعر الرعب لصالح الذكور10.8% مقابل 3.29% بالنسبة للإناث.
- **هجوم مسلح:** كانت مشاعر الرعب لصالح الاناث 19.62% مقابل10.83%
- **رؤية حادث مرعب:** كانت مشاعر الرعب لصالح الإناث 15.12 % مقابل 7.63% بالنسبة للذكور.
- **الإعتداء الجنسي:** كانت مشاعر الرعب لصالح الإناث 1.70% مقابل 0.60 بالنسبة للذكور.
- **انهيار مسكن بسبب زلزال أو فيضان وأنت فيه:** كانت مشاعر الرعب لصالح الذكور10.58% مقابل 9.38 بالنسبة للإناث.
- **الزلزال:** كانت مشاعر الرعب لصالح الإناث 53.97% مقابل 39.09 % بالنسبة للذكور.
- **الفيضان:** كانت مشاعر الرعب لصالح الإناث 14.88 % مقابل 8.89 % بالنسبة للذكور
- **حادث طائرة:** كانت مشاعر الرعب لصالح الإناث 1.65 % مقابل 0.65 بالنسبة للذكور.
- **وفاة عزيز نتيجة حادث سيارة:** كانت مشاعر الرعب لصالح الإناث 9.88 % مقابل 4.89 % بالنسبة للذكور.
- **وفاة عزيز نتيجة قتل من طرف الإرهاب:** كانت مشاعر الرعب لصالح الإناث 19.72 % مقابل 14.32 بالنسبة للذكور.

- **وفاة عزيز نتيجة زلزال أو فيضان:** كانت مشاعر الرعب لصالح الإناث 14.97 % مقابل 11.78 بالنسبة للذكور.
- **التعرض للغرق:** كانت مشاعر الرعب لصالح الذكور 3.24 % مقابل 2.54 % بالنسبة للإناث.
- **حريق بالمنزل:** كانت مشاعر الرعب لصالح الإناث 2.94 % مقابل 1.45 % بالنسبة للذكور
- **تفجير ارهابي:** كانت مشاعر الرعب لصالح الإناث 15.73 % مقابل 15.52 % بالنسبة للذكور.
- **فقد أحد من العائلة نتيجة عملية إرهابية:** كانت مشاعر الرعب لصالح الذكور 11.83 % مقابل 11.78 % بالنسبة للإناث.
- **السرقة:** كانت مشاعر الرعب لصالح الإناث 9.63 % مقابل 3.24 % بالنسبة للذكور.

في حين تشير قيم كا^2 إلى عدم وجود فروق بين الذكور والإناث دالة إحصائيا في بعد الرعب فيما يخص الأحداث المتبقية التالية.

حادث خطير بالسيارة، الاختطاف، التعذيب، ضياع طفل أو فقدانه، حادث آخر مؤلم، كما تشير قيم كا^2 فيما يتعلق ببعد **العجز عن التصرف،** فهناك فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث ، فقد أجابت الإناث أنهن أحسسن بالعجز عن التصرف أحيانا كما أجاب الذكور أنهم أحسوا كذلك بالعجز عن التصرف أحيانا أخرى. في كل من الأحداث الصدمية التالية الأربعة عشر.

- **حادث خطير بالسيارة:** كانت مشاعر العجز عن التصرف لصالح الذكور 6.99 % مقابل 2.50 % بالنسبة للإناث.
- **الاختطاف:** كانت مشاعر العجز عن التصرف لصالح الذكور1.35 % مقابل 0.75 % بالنسبة للإناث.

- **الهجوم المسلح:** كانت مشاعر العجز عن التصرف لصالح الإناث 15.48% مقابل14.68 % بالنسبة للذكور
- **رؤية حادث مرعب:** كانت مشاعر العجز عن التصرف لصالح الإناث 12.33% مقابل 5.84 %بالنسبة للذكور
- **الإعتداء الجنسي:** كانت مشاعر العجز عن التصرف لصالح الإناث 1.55% مقابل 0.65 % بالنسبة للذكور.
- **انهيار مسكن بسبب الزلزال أو فيضان وأنت فيه:** كانت مشاعر العجز عن التصرف لصالح الذكور9.88% مقابل 9.78 % بالنسبة للإناث .
- **الزلزال:** كانت مشاعر العجز عن التصرف لصالح الإناث 50.12% مقابل 35.84% بالنسبة للذكور.
- **فيضان:** كانت مشاعر العجز عن التصرف لصالح الإناث12.53% مقابل 6.93% بالنسبة للذكور.
- **وفاة عزيز نتيجة حادث سيارة:** كانت مشاعر العجز عن التصرف لصالح الذكور8.64% مقابل 5.34% بالنسبة للإناث.
- **وفاة عزيز نتيجة قتل من طرف الإرهاب:** كانت مشاعر العجز عن التصرف لصالح الذكور16.97% مقابل 13.58%.
- **وفاة عزيز نتيجة زلزال أو فيضان:** كانت مشاعر العجز عن التصرف لصالح الإناث 13.78% مقابل 10.38 بالنسبة للذكور.
- **التعرض للغرق:** كانت مشاعر العجز عن التصرف لصالح الإناث3.99 % مقابل 2.79% بالنسبة للذكور.
- **التفجير الإرهابي:** متساويان بالنسبة للذكور والإناث، بنسبة 15.68 %.
- **فقد أحد من العائلة نتيجة عملية ارهابية:** كانت مشاعر العجز عن التصرف لصالح الذكور 8.63% مقابل 8.54% بالنسبة للاناث.

وقد جاءت الأحداث الصدمية مثيرة لمشاعر التهديد بالموت والرعب والعجز عن التصرف في آن واحد، وقد اشتركت الأحداث الصدمية التالية في ذلك.

- الزلزال.
- وفاة عزيز نتيجة حادث سيارة.
- وفاة عزيز نتيجة قتل من طرف الإرهاب.
- التعرض للغرق.

ونلاحظ أن قيم كا^2 جاءت لتشير إلى ارتفاع شدة الأثر على الأبعاد الثلاثة لدى الإناث مقارنة بالذكور.

أما فيما يخص الإجابة عن السؤال الرابع للبحث والذي يختص بالتعرف على إمكانية وجود فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث في أعراض اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية، فإن الجدول التالي يجمع هذه المعطيات للإجابة عن التساؤل الرابع للبحث.

الجـدول رقم (6-5)

يبيـن قيم المتوسطات والانحرافات المعيارية ودلالة الفروق لقيم ت لدلالة الفروق بين التلاميذ (ذكور- إناث) في أعراض اضطرابات الضغوط التالية للأحداث الصدمية.

الرقم	عدد البنود	البعـر / التميـ ــز		التكرار	المتوسط	الانحراف المعياري	T	الدلالة
I	08	الشعور بمعاودة الحدث	ذكور	861	02.27	01.09	0.188	غير دال
			إناث	1142	02.56	01.26		
II	07	تجنب المنبهات المرتبطة بالصدمة	ذكور	861	02.09	01.18	1.80	غير دال
			إناث	1142	02.38	01.40		
III	08	فقدان الاهتمام والإحساس بالحذر	ذكور	861	01.80	01.11	0.071	غير دال
			إناث	1142	02.04	01.14		
IV	07	الاستثارة الدائمة	ذكور	861	01.99	01.08	0.093	غير دال
			إناث	1142	02.30	01.10		
V	2	مشاعر الذنب	ذكور	861	01.56	01.03	0.027	غير دال
			إناث	1142	01.65	01.09		
VI	4	التعب النفسي	ذكور	861	02.24	01.13	0.097	غير دال
			إناث	1142	02.39	01.22		
VII	6	اضطرابات سلوكية	ذكور	861	01.78	01.09	0.198	غير دال
			إناث	1142	01.88	01.12		
VIII	11	اضطرابات نفسية عصابية	ذكور	861	02.03	01.12	0.078	غير دال
			إناث	1142	02.15	01.17		
IX	8	الاضطرابات النفسجسدية	ذكور	861	01.32	01.01	0.025	غير دال
			إناث	1142	01.40	01.03		

ونلاحظ من الجدول رقم (6ـ 5) أن كل قيم ت المحسوبة للأبعاد التسعة لمقيـاس اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية هي أصغر من القيمة المجدولة عند درجـة حرية تفوق 120 عند مستوى الدلالة0.05، 0.01، 0.001 وهي على الترتيـب موافقـة لـ1.960، 2.576، 3.291، وبالتالي فلا وجود لفروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث

في أعراض اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية وبالتالي فإن فرضـية البحـث الرابعة والتي مفادها "هناك فروق دالة إحصائيا بين الـذكور والإنـاث فـي أعـراض اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية" لم تتحقق.

أما فيما يخص الإجابة عن السؤال الخامس للبحث والذي يتعلق بإمكانيـة وجـود فروق دالة إحصائيا بين المراهقين والمراهقين المتأخرين فيما يخص أعراض اضـطراب الضغوط التالية للصدمة، والجدول الآتي يجمع هذه المعطيات للإجابة عن السؤال الخامس للبحث.

جدول رقم (6ـ 6)

يبين قيم ت لدلالة الفروق بين المراهقين والمراهقين المتأخرين في أعراض اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية.

المجموعة	ن	م	ع	ت	الدلالة
I : الشعور بمعاودة الحدث الصدمي.					
1_المراهقة المبكرة 15-18	1536	02.21	01.23	0.095	غير دال
2_المراهقة المتأخرة 19- فما فوق	467	02.51	01.15		
II : تجنب المنبهات المرتبطة بالصدمة .					
1_المراهقة المبكرة 15-18	1536	02.18	01.35	0.018	غير دال
2_المراهقة المتأخرة 19- فما فوق	467	02.20	01.25		
III : فقدان الاهتمام والإحساس بالخدر.					
1_المراهقة المبكرة 15-18	1536	01.83	01.17	0.019	غير دال
2_المراهقة المتأخرة 19- فما فوق	467	01.25	01.08		
IV : الاستثارة الدائمة.					
1_المراهقة المبكرة 15-18	1536	01.91	01.09	0.072	غير دال
2_المراهقة المتأخرة 19- فما فوق	467	02.11	01.10		
V: مشاعر الذنب.					
1_المراهقة المبكرة 15-18	1536	01.26	01.11	0.21	غير دال
2_المراهقة المتأخرة 19- فما فوق	467	01.86	01.03		
VI: التعب النفسي.					
1_المراهقة المبكرة 15-18	1536	02.10	01.22	0.12	غير دال
2_المراهقة المتأخرة 19- فما فوق	467	02.48	01.13		
VII: اضطرابات سلوكية.					
1_المراهقة المبكرة 15-18	1536	01.94	01.15	0.048	غير دال
2_المراهقة المتأخرة 19- فما فوق	467	02.08	01.05		
VIII: اضطرابات نفسية عصابية.					
1_المراهقة المبكرة 15-18	1536	01.91	01.13	0.11	غير دال
2_المراهقة المتأخرة 19- فما فوق	467	02.23	01.15		
XI: الاضطرابات النفسجسدية.					
1_المراهقة المبكرة 15-18	1536	01.15	01.01	0.12	غير دال
2_المراهقة المتأخرة 19- فما فوق	467	01.47	01.04		

من الجدول رقم (6ـ6) نلاحظ أن قيم ت المحسوبة كلها أصغر من القيم المجدولة عند مستوى الد لالة 0.05 أو0.01 أو 0.001 ، فإن الفروق غير دالة احصائيا بين المراهقين والمراهقين المتأخرين فيما يخص أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وبالتالي لا توجد فروق بين المراهقين الذين يتراوح سنهم ما بين (15ـ 18) سنة والمراهقين الذين يتراوح سنهم ما بين(19ـ22) سنة .

وبالتالي فإن فرضية البحث الخامسة التي مفادها "هناك فروق دالة إحصائيا بين المراهقين والمراهقين المتأخرين في أعراض اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية" لم تتحقق.

قبل التطرق إلى عرض نتائج السؤال السادس، وجب عرض جدول يبين المتوسطات والانحرافات المعيارية لاختبار الحالة النفسية المطبقة على 1952 تلميذ.

جدول رقم (6ـ7)

يبين المتوسطات والانحرافات المعيارية لاختبار الحالة النفسية المطبقة على 1952 تلميذ

المستوى / الحالة النفسية	السنة الأولى		السنة الثانية		السنة الثالثة		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	المجموع	
القلق	7.24	**8.32**	9.89	10.17	6.59	8.10	8.39	1.23
المخاوف المرضية	6.50	7.56	7.46	8.76	6.20	7.98	7.35	1.97
الوسواس القهري	8.47	8.93	8.70	8.95	9.18	8.00	8.65	1.89
الأمراض السيكوسوماتية	5.26	6.37	6.95	8.20	4.29	4.75	5.89	2.44
الاكتئاب	9.58	9.56	10.05	9.80	8.76	10.62	9.73	2.87
الهستيريا	6.01	7.09	7.25	8.50	6.18	7.09	6.95	5.29

أما السؤال السادس للبحث والذي يتعلق بإمكانية وجود فروق دالة إحصائياً بيـين شدة اضطراب **PTSD** وأعراض الحالة النفسية للتلاميذ والجدول التالي يجمع المعطيـات التالية للإجابة عن التساؤل السادس.

ويبين جدول رقم (6ـ 8) المتوسطات والانحرافات المعيارية لعينة البحث لدلالة الفروق بين شدة اضطراب **PTSD** وأعراض الحالة النفسية للتلاميذ.

جدول رقم (6ـ8)

يبين المتوسطات والانحرافات المعيارية لدلالة الفروق بين شدة الاضطراب وأعراض الحالة النفسية للتلاميذ (ن=1952)

الاختبارات / PTSD / شدة	منخفضو PTSD (62 ـ 122.16) ن= 796		مرتفعو PTSD (122.17 ـ 229) ن= 1156		ت	الدلالة
الحالة النفسية	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري		
القلق	6.04	1.46	9.25	1.09	3.17	دالة 0.05
المخاوف المرضية	6.39	2.47	8.80	1.45	1.78	
الوسواس القهري	7.02	2.28	10.96	1.53	2.77	دالة
الأمراض السيكوسوماتية	4.94	2.92	7.32	1.87	1.37	
الإكتئاب	9.02	2.78	12.68	1.92	2.4	دالة
الهستيريا	5.00	7.28	6.02	3.34	0.33	

نلاحظ من جدول رقم (6_8) أن فيما يخص دلالة الفـروق بـين شـدة **PTSD** وأعراض الحالة النفسية، فنجد فيما يخص القلق أن قيمة ت المحسوبة 3.17 أكبـر مـن القيمة المجدولة عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية أكبر من 120 تقدر بـ ـ1.96

ومنه نستنتج أن هناك فروق بين منخفضي ومرتفعي الـ **PTSD** والقلق لصالح مرتفعي درجة إضطراب الضغوط التالية للاحداث الصدمية.

أما فيما يخص المخاوف المرضية فنجد أن قيمة ت المحسوبة تقدر بـ 1.78 وهي أصغر من القيمة المجدولة عند مستوى الدلالة 0.05 وعند درجة الحرية ما فـوق 120 ومنه نستنتج أنه لا توجد فروق بين منخفضي ومرتفعي **PTSD** والمخاوف المرضية عند التلاميذ.

أما فيما يخص الوسواس القهري فنجد أن قيمة ت المحسوبة قدرت بـ 2.77 عن مستوى الدلالة 0.05 ودرجة حرية تفوق 120 أكبر من القيمة المجدولـة التـي قـدرت بـ 1.96 ومنه نستنتج أن هناك فروق دالة إحصائيا بين شدة **PTSD** (تلاميـذ مرتفعـي ومنخفضي الـ **PTSD**) وبين الوسواس القهري لصالح مرتفعي درجة إضطراب الضغوط التالية للاحداث الصدمية.

أما فيما يخص الأمراض السيكوسوماتية، فنجد أن قيمة ت المحسوبة تقـدر بـ ـ 1.37 عند مستوى الدلالة 0.05 وعند درجة حرية تفوق 120 وهي أصغر من القيمـة المجدولة التي قدرت بـ 1.96 ومنه نستنج أنه ليس هناك فروق دالة إحصائياً بـين شـدة اضطراب **PTSD** والاضطرابات السيكوسوماتية.

أما فيما يخص الاكتئاب، فنجد أن قيمة ت المحسوبة تقدر بـ 2.04 عند مسـتوى الدلالة 0.05 وعند درجة حرية تفوق 120 وهي أكبر من القيمة المجدولة التي قـدرت بـ 1.96 ومنه نستنتج أنه هناك فروق دالة إحصائياً بين شدة اضطراب **PTSD** والاكتئاب لصالح مرتفعي درجة إضطراب الضغوط التالية للاحداث الصدمية.

أما فيما يخص الهستيريا، فنجد أن قيمة ت المحسوبة تقدر بـ 0.33 عند مسـتوى الدلالة 0.05 وعند درجة حرية تفوق 120 وهي أصغر من القيمة المجدولة التي قدرت بـ 1.96 ومنه نستنتج أنه ليس هناك فروق دالة إحصائياً بـين شـدة اضـطراب **PTSD** والهستيريا أما فيما يخص الأعراض السيكوسوماتية، فنجد أن قيمة ت المحسوبة تقدر بـ 1.37 عند مستوى الدلالة 0.05 وعند درجة حرية تفوق 120 وهي أصغر من القيمـة

المجدولة التي قدرت بـ 1.96 ومنه نستنج أنه ليس هناك فروق دالة إحصائياً بـين شـدة اضطراب **PTSD** والاضطرابات السيكوسوماتية.

ويمكن القول بأن الفرضية السادسة للبحث تحققت جزئياً مع الأمـراض النفسـية التالية: القلق، الوسواس القهري، الاكتئاب، ولم تتحقق مع الأمراض النفسـية الأخـرى، المخاوف المرضية، الأمراض السيكوسوماتية، الهستيريا. ونستنج أن هناك فروق دالـة احصائياً بين شدة اضطراب **PTSD** والقلق والاكتئاب والوسواس القهري.

أما السؤال السابع للبحث والذي يختص بالتعرف على امكانية وجود فـروق دالـة إحصائيا بين المصدومين من طرف الطبيعة أو المصدومين من طرف البشر في أعراض اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية، فالجدول التالي يجمع هذه المعطيات للإجابة عن السؤال السابع للبحث.

جدول رقم (6ـ 9)

يبين المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيم ت لدلالة الفروق بين التلاميذ المصدومين من طرف الطبيعة والمصدومين من طرف البشر في شدة اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

المتغير	ن= مجموعة البحث	المتوسط (شدة**PTSD**)	الانحراف المعياري	ت	الدلالة
طبيعي	14	160.21	18.36	2.26	دال 0.05
بشري	16	176.25	20.43		

نلاحظ من الجدول (6ـ 10) أن قيمة ت المحسوبة والتي تقدر بـ 2.26 أكبر مـن القيمة المجدولة 2.048 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية28 ومنـه نسـتنتج أن هناك فروق دالة إحصائيا بين المصدومين من طرف الطبيعة والمصدومين مـن طـرف البشر في شدة أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة لصالح المصدومين من طرف البشر وبالتالي تتحقق الفرضية السابعة للبحث.

قبل التطرق إلى السؤال الثامن للبحث، والذي يختص بالتعرف على إمكانية وجود فروق دالة إحصائيا بين المصابين وغير المصابين بـ **PTSD** في كفاءة الأداء على اختبارات الانتباه والتذكر والحالة النفسية وفق النوع والسن، وجبت الإشارة إلى عرض مجموعة البحث المصابة بـ **PTSD** وغير المصابة به، والجدول (6_10) يبين مجموعة البحث المصابة وغير المصابة بـ **PTSD**، ثم عرض الجدولين (6ـ11)،(6ـ12) اللذين يبينان المتوسطات والانحرافات المعيارية لدى مجموعة البحث غير المصابة والمصابة بـ **PTSD** على الترتيب:

جـدول رقم (6-10)

يبين مجموعة البحث المصابة بـ PTSD وغير المصابة.

مرضى اضطرابات التالية للصدمة				غير المرضى بالاضطرابات التالية للصدمة			
إنـاث		ذكـور		إنـاث		ذكـور	
مـراهـقـة				مـراهـقـة			
مبكـرة 15- 18 سنة	متأخـرة 19 سنة فما فوق	مبكـرة 15-18 سنـة	متأخـرة 19 سنة فما فوق	مبكـرة 15-18	متأخـرة 13 سنة فما فوق	مبكـرة 15-18	متأخـرة 19 سنة فما فوق
ن = 13	ن = 06	ن = 07	ن = 04	ن = 09	ن = 08	ن = 07	ن = 06

جـــدول رقم (6-11) :

يبين المتوسطات والانحرافات لدى مجموعة البحث غير المصابة بـ PTSD.

الإختبــــــارات		الذكـــــور				الإنــــاث			
		15-18 سنة مراهقة مبكرة ن=7		19 فما فوق مراهقة متأخرة ن=6		15-18 سنة مراهقة مبكرة ن=9		19 فما فوق مراهقة متأخرة ن=8	
		متوسط حسابي	انحراف معياري	متوسط حسابي	انحراف معياري	متوسط حسابي	انحراف معياري	متوسط حسابي	انحـراف معياري
شطب الحروف		26.62	2.94	26.42	3.03	27.06	2.32	26.46	3.64
شطب الأرقام		16.44	1.56	16.22	2.09	17.00	1.16	16.92	2.14
الإنتاج البصري		13.10	1.03	13.22	0.98	13.41	0.81	13.04	0.95
الألــــوان		10.00	00	10.00	00	10.00	00	10.00	00
سعة الأرقام		3.92	0.85	3.82	1.09	3.3	0.93	3.93	1.01
سعة الحروف		3.72	1.14	3.66	1.56	3.85	0.85	3.91	1.05
القصة القصيرة		6.36	1.03	6.64	1.24	7.53	0.94	7.98	0.97
التعرف على الوجوه		11.14	2.04	10.66	2.14	11.11	2.98	10.87	2.90
التعرف السمعي		14.14	2.73	14.33	2.01	13.77	2.64	14.22	2.85
اختبار الذاكرة اللمسية		19.28	2.03	19.16	2.1	19.33	1.80	19.12	1.95
شدة PTSD		61	00	61	00	61	00	61	00
الحـالــة النـفـسـيـة	القلـق	8.14	2.95	8.16	2.83	8.22	2.16	8.12	2.51
	المخاوف المرضية	6.14	1.63	6.33	1.71	6.44	1.39	6.12	1.23
	الوسواس القهري	7.14	1.81	7.33	1.65	7.44	1.85	3.13	2.25
	الأمــــــــراض السيكوسوماتية	5.71	1.91	5.83	1.83	5.88	1.06	5.12	1.14
	الإكتـئـاب	7.38	2.03	7.33	1.97	7.11	1.83	7.12	1.69
	الهستـيـريا	3.06	1.73	3.41	1.68	3.41	1.1	3.61	2.24

جـــــدول رقم (6-12)

بين المتوسطات والانحرافات لدى مجموعات الدراسة المصابة بـ.PTSD

	السن / الاختبارات	إنـــــاث				ذكــــور			
		15-18 سنة ن=13		19 فما فوق ن=6		15-18 سنة ن=7		19 سنة فما فوق ن=4	
		م	ع	م	ع	م	ع	م	ع
	شطب الحروف	23.46	7.16	19.33	9.62	18.57	7.57	21.75	9.01
	شطب الأرقام	16.00	3.78	12.50	3.01	13.42	4.23	13.75	3.77
	إعادة الإنتاج البصري	11.61	1.98	10.33	1.36	11.28	0.75	11.75	1.25
	الألوان	8.14	1.22	8.66	0.83	8.88	1.06	9.12	1.15
	سعة الأرقام	3.00	1.93	1.83	0.83	2.43	0.53	3.50	1.20
	سعة الحروف	3.85	1.24	2.50	0.74	2.71	0.75	4.00	2.15
	القصة القصيرة	5.53	2.06	4.16	1.47	5.86	2.11	6.00	3.46
	الذاكرة اللمسية	18.23	3.28	16.00	2.00	18.43	1.98	17.25	2.06
	التعرف على الوجوه	8.92	2.36	6.50	1.37	9.00	1.82	8.50	1.73
	التعرف السمعي (التعرف على الكلمات)	13.00	5.11	9.83	3.86	14.00	1.41	13.50	5.80
	شدة *PTSD*	168.76	16.64	179.66	12.75	175.71	14.07	168.00	20.01
الحالة النفسية	القلق	10.92	2.31	10.66	2.94	11.14	2.67	8.25	2.21
الحالة النفسية	المخاوف المرضية	8.54	3.46	9.00	2.00	7.00	2.16	8.00	4.89
الحالة النفسية	الوسواس القهري	9.54	2.10	11.66	1.86	9.71	2.13	7.75	3.86
الحالة النفسية	الأمراض السيكوسوماتية	8.08	3.46	7.00	2.18	6.28	2.05	6.50	1.79
الحالة النفسية	الاكتئاب	10.85	2.40	9.00	2.09	10.42	1.79	6.75	0.49
الحالة النفسية	الهستيريا	9.77	3.37	7.66	3.92	6.00	3.95	4.50	3.10

والجدول التالي يجمع المعطيات اللازمة للسؤال الثامن للبحث:

جدول رقم (6ـ13)

يبين المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيم ت لدلالة الفروق بين المصابين وغير المصابين على كفاءة الأداء في اختبارات العمليات المعرفية والحالة النفسية.

الاختبارات	المصابون بـ PTSD		غير المصابين بـ PTSD		ت	الدلالة
	م	ع	م	ع		
شطب الحروف	20.94	8.34	26.78	5.28	3.24	دالة
شطب الأرقام	14.91	3.72	16.65	2.35	3.05	دالة
إعادة الانتاج البصري	12.91	2.03	13.92	1.96	1.98	غير دالة
الألوان	8.69	2.13	10.00	00	3.45	دالة
سعة الأرقام	2.72	1.23	3.49	1.00	2.96	دالة
سعة الحروف	3.29	1.73	3.78	1.17	1.28	غير دالة
القصة القصيرة	5.20	2.30	7.02	1.56	3.64	دالة
التعرف على الوجوه	8.48	3.84	11.05	2.80	2.95	دالة
التعرف على الكلمات	11.67	3.87	4.14	2.82	2.84	دالة
الذاكرة اللمسية	17.76	2.35	19.19	1.98	2.60	دالة
القلق	10.46	3.15	8.18	2.43	3.17	دالة
المخاوف المرضية	8.02	3.25	6.18	1.43	2.83	دالة
الوسواس القهري	9.30	2.83	7.23	1.96	3.28	دالة
الأمراض السيكوسوماتية	7.04	2.39	5.60	1.50	2.82	دالة
الاكتئاب	9.17	2.71	7.19	1.87	3.30	دالة
الهستيريا	7.27	5.60	3.36	2.70	2.11	دالة

نلاحظ من الجدول رقم (6ـ13) أن قيم ت كلها دالة إحصائياً لأنها قيم أكبر من القيمة المجدولة عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية 58 ونستنتج من هذا أن هناك فروق دالة إحصائيا بين المصابين وغير المصابين بـ **PTSD** في كفاءة الأداء على اختبارات العمليات المعرفية، والحالة النفسية ما عدا اختباري إعادة الإنتاج البصري وسعة الحروف، حيث بلغت ت المحسوبة 1.98 على اختبار إعادة الانتاج البصري وبلغت 1.28 على اختبار سعة الحروف وهما قيمتان أصغر من القيمة المجدولة عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة الحرية 58، حيث قدرت القيمة المجدولة بـ 2.00 وبالتالي

ليس هناك فروق بين التلاميذ المصابين وغير المصابين بـ **PTSD** في كفاءة الأداء على اختبارات العمليات المعرفية المتمثلة في اختبار سعة الحروف وإعادة الإنتاج البصري فقط ولكن هناك فروق دالة احصائيا بين التلاميذ المصابين وغير المصابين بـ **PTSD** في كفاءة الأداء على اختبارات العمليات المعرفية الاخرى المتبقية الثمانية لصالح التلاميذ غير المصابين.بينما هناك فروق دالة احصائيا بين التلاميذ المصابين وغير المصابين بـ **PTSD** في الحالة النفسية المتمثلة في القلق،المخاوف المرضية،الوسواس القهري،الامراض السيكوسوماتية،الاكتئاب والهيستيريا،لصالح التلاميذ المصابين. وهذا لأن كل قيم ت المحسوبة الموافقة للإختبارات المذكورة أكبر من القيمة المجدولة.

أما السؤال التاسع للبحث، والذي يختص بإمكانية وجود فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث المصابين بـ **PTSD** فيما يتعلق بكفاءة الأداء على الاختبارات المعرفية والحالة النفسية، فإن الجدول التالي يجمع هذه المعطيات للتحقق من الفرضية التاسعة للبحث.

جدول رقم (6ـ14)

يبين المتوسطات والانحرافات المعيارية وقيم ت لدلالة الفروق بين الذكور والإناث المصابين بـ PTSD في كفاءة الأداء على اختبارات الانتباه والتذكر والحالة النفسية

الاختبارات	الذكور ن=11		الإناث ن= 19		ت	الدلالة
	م	ع	م	ع		
شطب الحروف	19.73	8.31	22.15	8.37	0.76	غير دال
شطب الأرقام	13.54	4.02	14.89	3.42	0.94	غير دال
إعادة الانتاج البصري	13.98	1.02	11.80	1.69	5.32	دال
الألوان	8.54	2.13	8.84	1.95	0.38	غير دال
سعة الأرقام	2.82	0.89	2.63	1.18	0.50	غير دال
سعة الحروف	3.17	1.47	3.42	1.99	0.40	غير دال
القصة القصيرة	5.91	2.81	5.09	1.79	0.87	غير دال
التعرف على الوجوه	8.82	1.80	8.15	1.89	0.97	غير دال
التعرف على الكلمات	11.36	3.23	11.99	4.51	0.44	غير دال
الذاكرة اللمسية	18.00	2.04	17.52	2.66	0.55	غير دال
القلق	10.09	2.46	10.83	2.65	0.77	غير دال
المخاوف المرضية	7.36	3.55	8.68	2.75	1.06	غير دال
الوسواس القهري	9.00	2.31	10.20	1.99	1.44	غير دال
الأمراض السيكوسوماتية	6.36	1.94	7.73	2.84	1.57	غير دال
الاكتئاب	9.09	1.16	10.26	2.27	1.88	غير دال
الهستيريا	5.45	3.55	9.10	3.65	2.70	دال

نلاحظ من الجدول رقم (6ـ14) أن هناك فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث المصابين ب PTSD في كفاءة الأداء على اختبار إعادة الإنتاج البصري فيما يتعلق باختبارات التذكر وعلى اضطراب الهستيريا فيما يتعلق في اختبار الحالة النفسية، حيث نلاحظ في اختبار إعادة الإنتاج البصري أن قيمة ت تقدر بـ 5.32 وهي القيمة المحسوبة الأكبر من القيمة المجدولة عند مستوى الدلالة 0.05 أو 0.01 أو 0.001 وما يقابلها عند درجة الحرية 28 من القيم التالية 2.048، 2.763، 2.674 وهي كلها قيم أصغر من القيمة المحسوبة ومنه نستنتج أن هناك فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث في كفاءة الأداء على اختبار إعادة الإنتاج البصري لصالح الذكور، أما فيما يتعلق باضطراب

الهستيريا، فإن القيمة المحسوبة لـ ت بلغت 2.70 وهي أكبر من 2.045 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة حرية 28 وبالتالي هناك فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث في اختبار الحالة النفسية في بعده الهستيري لصالح الاناث. أما الفرق بين الذكور والإناث غير دال إحصائيا في كفاءة الأداء على بقية الاختبارات الأخرى مثل شطب الحروف، شطب الأرقام، الألوان، سعة الأرقام، سعة الحروف، القصة القصيرة، التعرف على الوجوه، التعرف على الكلمات،الذاكرة اللمسية، القلق، المخاوف المرضية، الوسواس القهري، الأمراض النفسجسدية.

أما السؤال العاشر والأخير للبحث، والذي يختص بإمكانية وجود فروق دالة إحصائيا بين المراهقين والمراهقين المتأخرين المصابين بـ **PTSD** في كفاءة الأداء على الإختبارات المعرفية والحالة النفسية، فإن الجدول التالي يجمع هذه المعطيات للإجابة عن الفرضية العاشرة للبحث.

جدول رقم (6ـ15)

يبين المتوسطات والإنحرافات المعيارية لدلالة الفروق بين المراهقين المتأخرين والمراهقين في كفاءة الأداء على اختبارات الانتباه والتذكر والحالة النفسية

الاختبارات / السن	مراهقة مبكرة 15-18 سنة ن=20		مراهقة متأخرة 19 ـ 22 ن=10		ت	الدلالة
	م	ع	م	ع		
شطب الحروف	21.75	7.38	20.29	9.33	0.43	غير دال
شطب الأرقام	15.10	4.02	13.00	3.41	1.50	غير دال
إعادة الإنتاج البصري	13.39	1.38	12.40	1.32	1.90	غير دال
الألوان	7.75	1.14	7.30	1.01	1.62	غير دال
سعة الأرقام	2.80	1.25	2.50	1.03	3.76	دال
سعة الحروف	3.45	1.01	3.10	1.46	0.68	غير دال
القصة القصيرة	5.64	2.10	4.89	2.48	0.82	غير دال
التعرف السمعي	13.35	3.29	11.29	4.85	1.21	غير دال
التعرف على الوجوه	8.95	2.12	7.30	1.57	1.01	غير دال
الذاكرة اللمسية	18.30	2.65	16.50	2.05	2.03	غير دال
القلق	11.00	2.51	9.70	2.59	1.34	غير دال
المخاوف المرضية	8.00	2.81	8.60	3.46	0.48	غير دال
الوسواس القهري	9.60	2.13	10.10	2.88	0.49	غير دال
الأمراض السيكوسوماتية	7.45	2.77	6.80	2.00	0.73	غير دال
الاكتئاب	10.70	2.11	8.10	1.31	4.19	دال
الهيستيريا	8.45	3.68	6.40	3.53	1.47	غير دال

نلاحظ من الجدول رقم (6ـ15) أنه لاتوجد فروق بين المراهقين والمراهقين المتأخرين المصابين بـ PTSD في كفاءة الأداء على اختبارات العمليات المعرفية والحالة النفسية وأن قيم ت المحسوبة أصغر من المجدولة ومنه نستنتج أنه لا يوجد فروق ذات دلالة احصائية بين المراهقين والمراهقين المتأخرين في كفاءة الأداء على الاختبارات التالية: شطب الحروف، شطب الأرقام، إعادة الإنتاج البصري، الألوان، سعة

الحروف، القصة القصيرة، التعرف على الوجوه، الذاكرة اللمسية، القلق، المخاوف المرضية، الوسواس القهري، الأمراض السيكوسوماتية، الهستيريا.

ولكن نلاحظ أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المراهقين والمراهقين المتأخرين المصابين بـ **PTSD** في كفاءة الأداء على اختبار سعة الأرقام لصالح المراهقين المبكرين. لأن قيمة ت المحسوبة عنده أكبر من القيمة المجدولة والتي تقدر بـ 2.048 عند مستوى الدلالة 0.05 ودرجة حرية 28.

أما فيما يخص اختبار الحالة النفسية فتقدر قيمة ت المحسوبة عند اضطراب الاكتئاب 4.19 وهي أكبر من القيمة المجدولة عند نفس مستوى الدلالة ودرجة الحرية وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المراهقين والمراهقين المتأخرين المصابين بـ **PTSD** في اضطراب الإكتئاب لصالح المراهقين المبكرين ومنه تتحقق فرضية البحث العاشرة جزئياً.

II. القسم الثاني : عرض نتائج الدراسة العيادية:

1) نتائج المقابلة المقننة للحالة رقم 1:

حالة سمير

سمير ذكر يبلغ من العمر 19 سنة هو الأكبر من عائلة مكونة من ثلاث إخوة من بنتين وذكر، ويدرس سمير في السنة الثالثة الثانوي، حيث أجاب المفحوص أن تاريخ الصدمة كان يوم 21/5 /2003 الساعة الثامنة إلا ربع ، وكان مكان الصدمة بالخارج أي الشارع .

وأجاب "كنت واقفا في الخارج مع أصدقائي سمعت رعودا قوية ورأيت الناس يهربون لا أعرف إلى أين ، لم أكن أعرف ماذا يعنى الزلزال الأمر الذي جعلني أندهش وأصدم "

أ) **تقديرالحدث الصدمي:**

بلغت شدة الصدمة "**الزلزال**" 12 درجة من 25 درجة توزعت كما يلي :

جدول رقم (6ـ16) يبين درجة الحدث الصدمي للحالة رقم 1

عنف الصدمة	الأثر النفسي	التنفيس
3	4	5

ب) السوابق الشخصية:

فيما يخص السوابق العائلية المرضية ، فالأب يعاني من مرض السكري الذي يجعله طريح الفراش مرات عديدة على حد تعبير الحالة .

الصدمات النفسية السابقة:

الأم تعاني من صدمة الزلزال خاصة عند الهزات الإرتدادية فهي تصاب بهلع كبير فيذكر سمير أنه لا وجود لصدمات سابقة في حياته ولا وجود لأحداث صدمية أخرى.

ج) سلم التقدير العيادي:

فيما يخص سلم التقدير العيادي، فبلغ 50 من 75 درجة مسجلا أكبر الدرجات في المعاش النفسي لتناذر الإعادة (5 درجات) حساسية للمثير ،(5 درجات) تناذر التجنب (4 درجات) المصاحبة النوروإعاشية (3 درجات)، القلق العام (3 درجات) ، التعب النفسي (3 درجات)، اضطرابات السلوك (3درجات).

بلغت درجة اضطراب **PTSD** 158 درجة،وهي مرتفعة مقارنة بمتوسط درجة العينة على نفس الإختبارالذي لم يتجاوز الدرجة123.

نتائج اختبار أعراض الحالة النفسية:

أما نتائج اختبار الحالة النفسية فكانت كما يلي:

جدول رقم (6 ـ17) يبين نتائج اختبار الحالة النفسية:

القلق	المخاوف المرضية	الوسواس القهري	الأمراض النفسجسدية	الإكتئاب	الهيستيريا
11	10	13	5	10	3

نتائج اختبارات العمليات المعرفية (الانتباه والتذكر):

جدول رقم (6ـ18) يبين نتائج اختبارات الإنتباه والتذكر

شطب الحروف	شطب الأرقام	إعادة الحروف	إعادة الأرقام	إعادة الإنتاج البصري	الألوان	التعرف على الوجوه	التعرف على الكلمات	القصة القصيرة	الذاكرة اللمسية
20	11	2	2	12	6	7	9	3	16

نلاحظ من الجدول رقم (6 ـ17) أن الحالة النفسية التي تمثلت في الوسواس القهري،القلق ،المخاوف المرضية والاكتئاب سجلت مستويات مرتفعة لدىالحالة على عكس الامراض النفسجسدية والهيستيريا.كما نلاحظ من الجدول رقم (6ـ18) أن الحالة سجلت أداء منخفض عن المتوسط على جميع الإختبارات المطبقة الخاصة بالانتباه والتذكر.

نتائج المقابلة المقننة للحالة رقم 2:

حالة حنان

حنان فتاة تبلغ 17 سنة، هي البنت الكبرى في عائلة تتكون من ثلاث ذكور وفتاة، أجابت المفحوصة أن تاريخ الصدمة كان يوم 13 /2007/3 على الساعة الواحدة صباحا" بالمنزل عندما كان أبي يتألم من آلام ولم يستطيع النوم، وفي الغد ذهب إلى الطبيب، وفي المساء لم يستطع أن يقف على رجليه ثم هاتفنا إلى أخوالي ليأخذوه إلى المستشفى وسقطت عندها ولم أدري شيئا حتى وجدت نفسي بالمستشفى.

أ) تقدير الحدث الصدمي:

بلغت شدة الصدمة "**وفاة الأب**" درجة17 من 25 درجة توزعت كما يلي :

جدول رقم (6ـ19) يبين درجة الحدث الصدمي للحالة رقم 2

عنف الصدمة	الأثر النفسي	التنفيس	حصة السبب الانساني
5	5	5	2

ب) السوابق الشخصية:

فيما يخص السوابق العائلية المرضية، فلا توجد سوابق عائلية، بل عانت المفحوصة من صدمات سابقة شاهدتها وهي هجوم جماعة مسلحة على الجيران وكان عمرها سبع سنوات أما الشخصية السابقة فكانت تهتم بالعالم الخارجي وبالعلاقات الإجتماعية.

ج) سلم التقدير العيادي:

بلغ سلم التقدير العيادي 62 من 75 مسجلا أكبر الدرجات لتوفر تناذر الإعادة، المعاش النفسي لتناذر الإعادة، المصاحبة النورو إعاشية، كرار الإعادة، حساسية المثير، القلق المعمم، الأعراض النفسية العصابية ، تناذر التجنب، فقدان التجنب، النكوص النرجسي، وسجلت الدرجة 5 بينما اضطرابات السلوك، حالة الإستثارة الزائدة فسجلت 4 درجات.

بلغت درجة اضطراب **PTSD** 204 درجة،وهي مرتفعة مقارنة بمتوسط درجة العينة على نفس الإختبارالذي لم يتجاوز الدرجة123.

نتائج اختبار أعراض الحالة النفسية:

أما نتائج اختبار الحالة النفسية فكانت كما يلي:

جدول رقم (6ـ20) يبين نتائج اختبار الأعراض النفسية (ميدل سيكس)

القلق	المخاوف المرضية	الوسواس القهري	الأمراض النفسجسدية	الإكتئاب	الهيستيريا
13	13	11	5	13	13

نتائج اختبارات العمليات المعرفية (الانتباه والتذكر):

جدول رقم (6ـ21) يبين نتائج اختبارات الإنتباه والتذكر

شطب الحروف	شطب الأرقام	إعادة الحروف	إعادة الأرقام	إعادة الإنتاج البصري	الألوان	التعرف على الوجوه	التعرف على الكلمات	القصة القصيرة	الذاكرة اللمسية
17	20	3	3	12	7	8	12	5	15

نلاحظ من الجدول رقم (6ـ20) أن الحالة النفسية التي تمثلت في الوسواس القهري،القلق ،المخاوف المرضية ،الاكتئاب والهيستيريا سجلت مستويات مرتفعة لدى الحالة على عكس الامراض النفسجسدية .كما نلاحظ من الجدول رقم (6ـ21) أن الحالة سجلت أداء منخفض عن المتوسط على بعض الإختبارات المطبقة الخاصة بالانتباه والتذكروهي إختبارات شطب الحروف والذاكرة اللمسية

نتائج المقابلة المقننة للحالة رقم 3:

حالة سارة

سارة فتاة تبلغ من العمر 17 سنة تدرس في السنة الأولى ثانوي، وهي البنت الثانية قبل ذكرين، وكان تاريخ الصدمة عندما كان عمرها 11 سنة في الساعة العاشرة صباحا في الطريق العمومي على حد قولها "عندما كنت مع جدتي أعبر الطريق، كانت حافلة تمر من الطريق، صدمتني سيارة ولم أدري بنفسي حتى وجدت نفسي في المستشفى، فقدت الوعي لمدة يومين ثم استعدت صحتي شيئا فشيئا فيما بعد، وكذلك أثر الزلزال وموت جدي وجدتي في نفسي كثيرا".

أ) تقدير الحدث الصدمي:

بلغت شدة صدمة"حادث السيارة" درجة 20 من 25 درجة توزعت كما يلي :

جدول رقم (6ـ22) يبين درجة الحدث الصدمي للحالة رقم 3

عنف الصدمة	الأثر الجسدي	الأثر النفسي	التنفيس	حصة السبب الانساني
4	5	4	4	2

ب) السوابق الشخصية:

فيما يخص السوابق العائلية المرضية، لم تكن هناك سوابق عائلية ولا سوابق شخصية مرضية، ولكن وجود صدمات نفسية سابقة للحالة "وفاة الجد والجدة العام الماضي فقط قبل شهرين من حدوث زلزال2003" كان له تأثير كبير على المفحوصة.

ج) سلم التقدير العيادي:

بلغ التقدير العيادي لأعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة الدرجة 50 من 75، حيث أن الأبعاد التي أخذت أكبر الدرجات هي توفر تناذر الإعادة، ، تكرار الإعادة، حساسية المثير، القلق المعمم، تعب نفسي، تناذر التجنب فسجلت جميعها 5 درجات. أما

عن تدهور العلاقات الإجتماعية: حالة الإستثارة، اضطرابات السلوك، المعاش النفسي لتناذر الإعادة، المصاحبة النوروإعاشية، أخذت جميعها 4 درجات.

بلغت درجة اضطراب PTSD 160 درجة،وهي مرتفعة مقارنة بمتوسط درجة العينة على نفس الإختبارالذي لم يتجاوز الدرجة123.

نتائج اختبار أعراض الحالة النفسية:

أما نتائج اختبار الحالة النفسية فكانت كما يلي:

جدول رقم (6ـ23) يبين نتائج اختبار الأعراض النفسية (ميدل سيكس)

القلق	المخاوف المرضية	الوسواس القهري	الأمراض النفسجسدية	الإكتئاب	الهيستيريا
13	11	10	13	11	10

نتائج اختبارات العمليات المعرفية (الانتباه والتذكر):

جدول رقم (6ـ24) يبين نتائج اختبارات الإنتباه والتذكر

شطب الحروف	شطب الأرقام	إعادة الحروف	إعادة الأرقام	إعادة الإنتاج البصري	الألوان	التعرف على الوجوه	التعرف على الكلمات	القصة القصيرة	الذاكرة اللمسية
25	17	3	4	13	8	9	14	4	16

نلاحظ من الجدول رقم (6ـ23) أن الحالة النفسية التي تمثلت في الوسواس القهري،القلق ،المخاوف المرضية ،الاكتئاب ،الهيستيريا و الامراض النفسجسدية سجلت مستويات مرتفعة لدى الحالة .كما نلاحظ من الجدول رقم (6ـ24) أن الحالة سجلت أداء منخفض عن المتوسط على بعض الإختبارات المطبقة الخاصة بالانتباه والتذكروهي إختبارات الذاكرة اللمسية،القصة القصيرة،الالوان.

2) نتائج المقابلة المقننة للحالة رقم4 :

حالة زكريا

زكريا ذكر يبلغ من العمر 16 سنة يدرس في الثالثة الثانوي، وهو الابن البكر بعده فتاة وذكرين. وكان تاريخ الصدمة يوم 2003/5/21 بالمنزل وعلى حد تعبيره "عندما عندما كنت أراجع دروسي فوق السطح، بدأت هزات كبيرة، خفت أن أسقط لأن رجلي كانت متدلية في الهواء على السلم الذي صعدت به إلى السطح والذي كان مكسرا".

أ) تقدير الحدث الصدمي:

بلغت شدة الصدمة "**الزلزال**" درجة13 من 25 درجة توزعت كما يلي :

جدول رقم (6ـ25) يبين درجة الحدث الصدمي للحالة رقم 2

عنف الصدمة	الأثر النفسي	التنفيس	حصة السبب الانساني
5	4	4	0

ب) السوابق الشخصية:

فيما يخص السوابق العائلية المرضية، توجد سوابق عائلية لدى زكريا حيث ان الام تزور المستشفى عدة مرات في الشهر، كما أن لديه سوابق شخصية مرضية، حيث أجرى عملية جراحية "**الزائدة الدودية**"، وكان شاهدا على حد تعبيره على أحداث صدمية أخرى مثل الشجار بين الأب والعم والذي كان سببه قطعة أرض ووصل بهما الشجار إلى المحكمة.

ج) سلم التقدير العيادي:

بلغ التقدير العيادي 49 درجة من 75، حيث سجلت الأبعاد التالية، تعب نفسي ،قلق معمم، معاش نفسي، قلق الإعادة، تجنب العلاقات الإجتماعية، أكبر الدرجات تراوحت بين 4 و5 ، ثم أعراض نفسية عصابية، اضطرابات السلوك، حالة تنبه زائدة، فقدان الاهتمام، حساسية المثير، تكرار الإعادة، توفر تناذر الإعادة، حيث سجلت جميعها 3 درجات، المصاحبة النوروإعاشية، الاضطرابات السيكوسوماتية سجلا درجتين.

بلغت درجة اضطراب PTSD 168 درجة،وهي مرتفعة مقارنة بمتوسط درجة العينة على نفس الإختبارالذي لم يتجاوز الدرجة123.

نتائج اختبار أعراض الحالة النفسية:

أما نتائج اختبار الحالة النفسية فكانت كما يلي:

جدول رقم (6ـ26) يبين نتائج اختبار الأعراض النفسية (ميدل سيكس)

القلق	المخاوف المرضية	الوسواس القهري	الأمراض النفسجسدية	الإكتئاب	الهيستيريا
12	11	14	4	8	4

نتائج اختبارات العمليات المعرفية (الانتباه والتذكر):

جدول رقم (6ـ27) يبين نتائج اختبارات الإنتباه والتذكر:

شطاب الحروف	شطاب الأرقام	إعادة الحروف	إعادة الأرقام	إعادة الإنتاج البصري	الألوان	التعرف على الوجوه	التعرف على الكلمات	القصة القصيرة	الذاكرة اللمسية
21	19	3	3	10	9	12	15	5	18

نلاحظ من الجدول رقم (6ـ26)أن الحالة النفسية التي تمثلت في الوسواس القهري،القلق ،المخاوف المرضية سجلت مستويات مرتفعة لدى الحالة على عكس الامراض النفسجسدية والهيستيريا والاكتئاب كما نلاحظ من الجدول رقم (6ـ27) أن الحالة سجلت أداء منخفض عن المتوسط على بعض الإختبارات المطبقة الخاصة بالانتباه والتذكرمثل الانتاج البصري والقصة القصيرة.

3) نتائج المقابلة المقننة للحالة رقم 5:

حالة نرمين

نرمين فتاة تبلغ من العمر 16 سنة تدرس في السنة الأولى ثانوية ،وهي البنت ما قبل الأخيرة بعد ذكرين، وأتت بعدها أخت صغرى، تاريخ الصدمة التي تعرضت لها نرمين كان في اليوم 2004/10/18 حين سمعت بوفاة زوج عمتها، حيث شاهدت سقوط المتوفى من الطابق الثالث في العمارة. وعلى حد تعبيرها " كانت صدمة عنيفة بالنسبة لي" حيث سقط من الشرفة حيث اتكأ على حائط تصدع من الزلزال ثم سقط.

أ) تقدير الحدث الصدمي:

بلغت شدة الصدمة"**زلزال**" درجة15 من 25 درجة توزعت كما يلي :

جدول رقم (6_28) يبين درجة الحدث الصدمي للحالة رقم5

عنف الصدمة	الأثر النفسي	التنفيس	حصة السبب الانساني
4	4	5	2

ب) السوابق الشخصية:

فيما يخص السوابق العائلية المرضية، ليس لنرمين سوابق مرضية عائلية ولا شخصية ولديها صدمات نفسية سابقة مثل زلزال 2003.

ج) سلم التقدير العيادي:

بلغ التقدير العيادي49 من 75 مسجلا في أبعاده التالية: المعاش النفسي لتناذر الإعادة، حساسية المثير، الأعراض النفسية العصابية ، تناذر التجنب،حالة التنبه الزائد سجلت جميعها الدرجة 5، بينما تكرار الإعادة، التعب النفسي، فقدان الاهتمام، النكوص النرجسي فسجلت جميعا الدرجة 4، أما عن تجنب العلاقات الإجتماعية، اضطرابات السلوك، توفر تناذر الإعادة و القلق المعمم فسجلت الدرجة 3.

بلغت درجة اضطراب **PTSD** 155 درجة،وهي مرتفعة مقارنة بمتوسط درجة العينة على نفس الإختبارالذي لم يتجاوز الدرجة123.

نتائج اختبار أعراض الحالة النفسية:

أما نتائج اختبار الحالة النفسية فكانت كما يلي:

جدول رقم (6_29) يبين نتائج اختبار الأعراض النفسية (ميدل سيكس)

القلق	المخاوف المرضية	الوسواس القهري	الأمراض النفسجسدية	الإكتئاب	الهيستيريا
11	07	9	3	10	9

نتائج اختبارات العمليات المعرفية (الانتباه والتذكر):

جدول رقم (6_30) يبين نتائج اختبارات الإنتباه والتذكر

شطب الحروف	شطب الأرقام	إعادة الحروف	إعادة الأرقام	إعادة الإنتاج البصري	الألوان	التعرف على الوجوه	التعرف على الكلمات	القصة القصيرة	الذاكرة اللمسية
20	14	6	4	13	9	12	14	5	19

نلاحظ من الجدول رقم (6_29)أن الحالة النفسية التي تمثلت في الوسواس القهري،القلق و الاكتئاب والهيستيريا سجلت مستويات مرتفعة لدى الحالة على عكس الامراض النفسجسدية كما نلاحظ من الجدول رقم (6_30) أن الحالة سجلت أداء منخفض عن المتوسط علىبعض الإختبارات المطبقة الخاصة بالانتباه والتذكرمثل شطب الحروف والارقام والقصة القصيرة.

نتائج المقابلة المقننة للحالة رقم 6:

حالة لمياء

لمياء فتاة تبلغ من العمر 19 سنة، تدرس في السنة الثالثة ثانوي وكان تاريخ الصدمة يوم ما من شهر جويلية2002 ليلا، حيث اختطف الأخ من طرف جماعة مسلحة التي طلبت أموال مقابل فك أسره.

أ) تقدير الحدث الصدمي:

بلغت شدة الصدمة درجة 19 من 25 درجة توزعت كما يلي :

جدول رقم (6ـ31) يبين درجة الحدث الصدمي للحالة رقم 6

عنف الصدمة	الأثر النفسي	التنفيس	حصة السبب الانساني
4	5	5	5

ب) السوابق الشخصية:

فيما يخص السوابق العائلية المرضية، فهناك سوابق عائلية مرضية لدى لمياء، حيث أن مرض الأخ ومتابعته للعلاج بالأدوية العصبية أثر كثيرا في الأسرة.

ج) سلم التقدير العيادي:

بلغت درجة أبعاد اضطراب **PTSD** 42 درجة سجلت أكبر درجات على ما يلي:

المصاحبة النورو إعاشية، اضطرابات السلوك، تناذر التجنب، وبلغت 5 درجات ثم توفر تناذر الإعادة، المعاش النفسي لتناذر الإعادة وحساسية المثير والقلق المعمم بلغت 4 درجات أما عن تكرار الإعادة والتعب النفسي فبلغ 3 درجات.

بينما بلغت شدة اختبار **PTSD** 163 درجة،وهي مرتفعة مقارنة بمتوسط درجة العينة على نفس الإختبارالذي لم يتجاوز الدرجة123.

نتائج اختبار أعراض الحالة النفسية:

أما نتائج اختبار الحالة النفسية فكانت كما يلي:

جدول رقم (6ـ32) يبين نتائج اختبار الأعراض النفسية (ميدل سيكس)

القلق	المخاوف المرضية	الوسواس القهري	الأمراض النفسجسدية	الإكتئاب	الهيستيريا
12	7	7	5	12	04

نتائج اختبارات العمليات المعرفية (الانتباه والتذكر):

جدول رقم (6ـ33) يبين نتائج اختبارات الإنتباه والتذكر

شطب الحروف	شطب الأرقام	إعادة الحروف	إعادة الأرقام	إعادة الإنتاج البصري	الألوان	التعرف على الوجوه	التعرف على الكلمات	القصة القصيرة	الذاكرة اللمسية
22	17	3	2	11	8	9	15	4	7

نلاحظ من الجدول رقم (6ـ32)أن الحالة النفسية التي تمثلت في القلق و الاكتئاب سجلت مستويات مرتفعة لدى الحالة على عكس الامراض النفسجسدية والوسواس القهري والهيستيريا والمخاوف المرضية كما نلاحظ من الجدول رقم (6ـ33) أن الحالة سجلت أداء منخفض عن المتوسط علىبعض الإختبارات المطبقة الخاصة بالانتباه والتذكرمثل إعادة الحروف والارقام والقصة القصيرة،إعادة الانتاج البصري،الالوان والذاكرة اللمسية.

4) نتائج المقابلة المقننة للحالة رقم 7:

حالة ابتسام

ابتسام فتاة تبلغ من العمر 18 سنة، تدرس في السنة الثالثة الثانوي، تعيد الباكالوريا للمرة الثانية هذا العام. أجابت لمياء أن تاريخ الصدمة كان يوم إعلان نتائج البكالوريا، يوم2007/07/05 في الساعة العاشرة والنصف، وعلى حد تعبيرها " صدمت وبكيت كثيرا، عندما دخل أبي، سألته عن النتائج، ولم يجيب، عندها استنتجت أني لم أنجح وتأكدت.وبقيت مصدومة حتى شهر أوت.

أ) تقدير الحدث الصدمي:

بلغت شدة الصدمة"**عدم النجاح في البكالوريا**" درجة15 من 25 درجة توزعت كما يلي :

جدول رقم (6ـ34) يبين درجة الحدث الصدمي للحالة رقم 2

عنف الصدمة	الأثر النفسي	التنفيس	حصة السبب الانساني
4	4	5	2

ب) السوابق الشخصية:

فيما يخص السوابق العائلية المرضية،

ج) سلم التقدير العيادي:

بلغ التقدير العيادي 58 من 75، تراوحت ما بين المعاش النفسي لتناذر الإعادة، تكرار الإعادة، حساسية المثير،حالة التنبه المفرط، تناذر التجنب والتي بلغت 5 درجات. أما عن توفر تناذر الإعادة، والمصاحبة النوروإعاشية، التعب النفسي، القلق المعمم، الأعراض النفسية العصابية، النكوص النرجسي فقد بلغت 4 درجات، بينما اضطرابات السلوك، فقدان الاهتمام وتجنب العلاقات الإجتماعية فسجلت 3 درجات.

بلغت درجة اضطراب **PTSD** على المقياس المعد من طرف الباحثة167 درجة.

نتائج اختبار أعراض الحالة النفسية:

أما نتائج اختبار الحالة النفسية فكانت كما يلي:

جدول رقم (6ـ35) يبين نتائج اختبار الأعراض النفسية (ميدل سيكس)

القلق	المخاوف المرضية	الوسواس القهري	الأمراض النفسجسدية	الإكتئاب	الهيستيريا
11	5	11	6	10	07

نتائج اختبارات العمليات المعرفية (الانتباه والتذكر):

جدول رقم (6ـ36) يبين نتائج اختبارات الإنتباه والتذكر

ش(6	شطب الأرقام	إعادة الحروف	إعادة الأرقام	إعادة الإنتاج البصري	الألوان	التعرف على الوجوه	التعرف على الكلمات	القصة القصيرة	الذاكرة اللمسية
30	14	03	03	11	7	7	13	8	17

نلاحظ من الجدول رقم (6ـ35) أن الحالة النفسية التي تمثلت في الوسواس القهري،القلق،الاكتئاب،الهيستيريا و الامراض النفسجسدية سجلت مستويات مرتفعة لدى الحالة .كما نلاحظ من الجدول رقم (6ـ36) أن الحالة سجلت أداء منخفض عن المتوسط على بعض الإختبارات المطبقة الخاصة بالانتباه والتذكروهي إختبارات الالوان،التعرف على الوجوه وإعادة الانتاج البصري.

5)

نتائج المقابلة المقننة للحالة رقم 8:

حالة نسيمة

نسيمة فتاة تبلغ من العمر 20 سنة، تدرس في السنة الاولى ثانوي وأجابت أن تاريخ الصدمة كان عام 2002 داخل الإكمالية التي تعمل بها، وتتمثل الصدمة في صدمة فراق، وانقطاع علاقة حب كانت تربطها مع عامل بالإكمالية.

أ) تقدير الحدث الصدمي:

بلغت شدة الصدمة "**انقطاع علاقة الحب**" درجة17 من 25 درجة توزعت كما يلي :

جدول رقم (6ـ37) يبين درجة الحدث الصدمي للحالة رقم 2

عنف الصدمة	الأثر النفسي	التنفيس	حصة السبب الانساني
5	5	5	2

ب)السوابق الشخصية:

فيما يخص السوابق العائلية المرضية، يعاني أبو نسيمة من اضطرابات سيكاترية، أما عن السوابق الشخصية السابقة، عانت نسيمة من قلق حاد جعلها تتابع عند طبيب نفسي مدة قصيرة، ولم تكمل عنده.أما الصدمات الأخرى فهو زلزال 2003.

ج) سلم التقدير العيادي:

بلغ التقدير العيادي لأبعاد **PTSD** 58 درجة تراوحت ما بين توفر تناذر الإعادة، حساسية المثير فبلغت الدرجة 5 أما عن المعاش النفسي لتناذر الإعادة ، القلق المعمم، تناذر التجنب فبلغت 4 درجات وحالة التنبه ، فقدان الاهتمام، تجنب العلاقات الإجتماعية، التعب النفسي فسجلت 3 درجات.

بلغت درجة اضطراب **PTSD** 186 درجة،وهي مرتفعة مقارنة بمتوسط درجة العينة على نفس الإختبارالذي لم يتجاوز الدرجة123.

نتائج اختبار أعراض الحالة النفسية:

أما نتائج اختبار الحالة النفسية فكانت كما يلي:

جدول رقم (6ـ38) يبين نتائج اختبار الأعراض النفسية (ميدل سيكس)

القلق	المخاوف المرضية	الوسواس القهري	الأمراض النفسجسدية	الإكتئاب	الهيستيريا
13	6	12	10	06	04

نتائج اختبارات العمليات المعرفية (الانتباه والتذكر):

جدول رقم (6ـ39) يبين نتائج اختبارات الإنتباه والتذكر

شطب الحروف	شطب الأرقام	إعادة الحروف	إعادة الأرقام	إعادة الإنتاج البصري	الألوان	التعرف على الوجوه	التعرف على الكلمات	القصة القصيرة	الذاكرة اللمسية
7	12	2	1	11	8	6	7	4	15

نلاحظ من الجدول رقم (6ـ38) أن الحالة النفسية التي تمثلت في الوسواس القهري،القلق والامراض النفسجسدية سجلت مستويات مرتفعة لدى الحالة على عكس المخاوف المرضية ،الاكتئاب والهيستريا .كما نلاحظ من الجدول رقم (6ـ39) أن الحالة سجلت أداء منخفض عن المتوسط على جميع الإختبارات المطبقة الخاصة بالانتباه والتذكرماعدا إختبارالذاكرة اللمسية.

(6

نتائج المقابلة المقننة للحالة رقم 9:

حالة يوسفُ

يوسف يبلغ من العمر 17 سنة ، يدرس في السنة أولى ثانوي، يعيش مع أمه وأخيه الصغير، تاريخ الصدمة حسب ما أجاب "كان عمره 4 سنوات " توفي أبوه "في الجبل" كان ينتمي إلى جماعة إرهابية لم أكن عندها أتذكر جيدا ماذا حدث ولكن الذي أعرفه أن أبي كان منفصلا عني آنذاك.

أ) تقدير الحدث الصدمي:

بلغت شدة الصدمة درجة20 من 25 درجة توزعت كما يلي :

جدول رقم (6ـ40) يبين درجة الحدث الصدمي للحالة رقم 9

عنف الصدمة	الأثر النفسي	التنفيس	حصة السبب الانساني
5	5	5	5

ب) السوابق الشخصية:

فيما يخص السوابق العائلية المرضية، لم تكن سوابق مرضية عائلية للحالة، ولا سوابق شخصية. أما عن الزلزال فيتحدث يوسف عنه أنه حقيقة أرعب الجميع يومها ولكن سرعان ما زال الخوف عندما تركنا العمارات وافترشنا الأرض.

ج) سلم التقدير العيادي:

بلغ التقدير العيادي لأبعاد اضطراب **PTSD** 58 درجة وتراوحت شدتها كما يلي: توفر تناذر الإعادة، تكرار الإعادة، حساسية المثير، قلق معمم، تعب نفسي، اضطرابات نفسجسدية، حالة تنبه استثارة وبلغت الدرجة 7 ، أما المعاش النفسي لتناذر الإعادة ، الأعراض النفسية العصابية، اضطرابات السلوك ، فأخذت الدرجة 4.

بلغت درجة اضطراب **PTSD** 201 درجة،وهي مرتفعة مقارنة بمتوسط درجةالعينة على نفس الإختبارالتي تتجاوزالدرجة123.

نتائج اختبار أعراض الحالة النفسية:

أما نتائج اختبار الحالة النفسية فكانت كما يلي:

جدول رقم (6ـ41) يبين نتائج اختبار الأعراض النفسية (ميدل سيكس)

القلق	المخاوف المرضية	الوسواس القهري	الأمراض النفسجسدية	الإكتئاب	الهيستيريا
10	4	8	5	11	2

نتائج اختبارات العمليات المعرفية (الانتباه والتذكر):

جدول رقم (6ـ42) يبين نتائج اختبارات الإنتباه والتذكر

شطب الحروف	شطب الأرقام	إعادة الحروف	إعادة الأرقام	إعادة الإنتاج البصري	الألوان	التعرف على الوجوه	التعرف على	القصة القصيرة	الذاكرة اللمسية
25	12	2	2	11	7	8	13	4	18

نلاحظ من الجدول رقم (6ـ41)أن الحالة النفسية التي تمثلت في القلق والاكتئاب سجلت مستويات مرتفعة لدى الحالة على عكس المخاوف المرضية والهيستريا والوسواس القهري.كما نلاحظ من الجدول رقم (6ـ42) أن الحالة سجلت أداء منخفض عن المتوسط على جميع الإختبارات المطبقة الخاصة بالانتباه والتذكرماعدا إختبارالذاكرة اللمسية وشطب الحروف.

(7

نتائج المقابلة المقننة للحالة رقم10 :

حالة مراد

مراد يبلغ من العمر 18 سنة، يدرس في السنة الأولى ثانوي، كان تاريخ الصدمة عام 1994 عند الفجر ، حيث وصف مراد ظروف الصدمة كما يلي:

"جاء ناس إلى عمي ونادوه وقالوا له أين أخوك فرد عليهم أنه غير موجود ولكن لم يصدقوا ودخلوا الدار وسحبوه وقتلوه وسمعت أنا كل ذلك، أخذه عمي إلى المستشفى ولكنه توفي في اليوم التالي . وكان ذلك في بلدية مجاورة لمنطقة ساخنة في الجزائر" وقد أخبر مراد الباحثة أن هذا هو السبب في رحيلهم من هناك ومجيئهم إلى ولاية بو مرداس.

أ) تقدير الحدث الصدمي:

بلغت شدة الصدمة "**قتل الأب من طرف الإرهاب**" درجة19 من 25 درجة توزعت كما يلي :

جدول رقم (6ـ43) يبين درجة الحدث الصدمي للحالة رقم 10

عنف الصدمة	الأثر النفسي	التنفيس	حصة السبب الانساني
5	5	5	4

ب) السوابق الشخصية:

فيما يخص السوابق العائلية المرضية، يخلو مراد من سوابق مرضية عائلية ولا شخصية ولكن تحدث عن صدمات متكررة تحدث في المكان الذي يسكنه وقد أخبر الباحثة أنه منذ خمسة عشرة يوم قد سمع مع أفراد عائلته هجوما على مقر الدرك الوطني حيث أن منزلهم يقرب من مقر الدرك. وانتابه خوف شديد عندها.

ج) سلم التقدير العيادي:بلغ التقدير العيادي لسلم أبعاد اضطراب **PTSD** 50 درجة تراوحت شدتها كما يلي:

المعاش النفسي لتناذر الإعادة، حساسية المثير، (5 درجات)، أما عن توفر تناذر الإعادة، تكرار الإعادة، قلق معمم، حالة تنبه الإستثارة، تناذر التجنب، تجنب العلاقات الإجتماعية فبلغت (4) ، أما التعب النفسي، فقدان الاهتمام فبلغ 3 درجات، أما أقل الدرجات فسجلت للمصاحبة النوروإعاشية والأعراض النفسجسدية، النكوص النرجسي فسجل(درجتين).

بلغت درجة اضطراب **PTSD** 174 درجة،وهي مرتفعة مقارنة بمتوسط درجة العينة على نفس الإختبارالتي لم تتجاوز الدرجة123.

نتائج اختبار أعراض الحالة النفسية:

أما نتائج اختبار الحالة النفسية فكانت كما يلي:

جدول رقم (6ـ44) يبين نتائج اختبار الأعراض النفسية (ميدل سيكس)

القلق	المخاوف المرضية	الوسواس القهري	الأمراض النفسجسدية	الإكتئاب	الهيستيريا
13	7	7	10	11	4

نتائج اختبارات العمليات المعرفية (الانتباه والتذكر):

جدول رقم (6ـ45) يبين نتائج اختبارات الإنتباه والتذكر

شطب الحروف	شطب الأرقام	إعادة الحروف	إعادة الأرقام	إعادة الإنتاج البصري	الألوان	التعرف على الوجوه	التعرف على الكلمات	القصة القصيرة	الذاكرة اللمسية
23	10	3	2	12	9	10	12	6	18

نلاحظ من الجدول رقم (6ـ44) أن الحالة النفسية التي تمثلت في ،القلق والامراض النفسجسدية والاكتئاب سجلت مستويات مرتفعة لدى الحالة على عكس المخاوف المرضية، والهيستريا، الوسواس القهري .كما نلاحظ من الجدول رقم(6ـ45) أن الحالة سجلت أداءا منخفضا عن المتوسط على جميع الإختبارات المطبقة الخاصة بالانتباه والتذكرماعدا إختبارالذاكرة اللمسية ،الالوان وشطب الحروف.

8)

نتائج المقابلة المقننة للحالة رقم 11:

حالة سهام

سهام فتاة تبلغ من العمر 18 سنة ، تدرس في الثالثة ثانوي وكان تاريخ الصدمة خلال شهر جويلية على الساعة الثانية والنصف صباحا، حيث عبرت الحالة بما يلي :

"أوصيت زميلة لي لكي تخبرني عن نتائج البكالوريا ولكن لم تتصل بي لتخبرني عن النتيجة، أحسست عندها أنني لم أنجح ولكن عندما تلقيت مكالمة من عمتي بالليل وأخبرتني بعدم نجاحي أحسست بنهاية الدنيا وبكيت حتى الصباح"

أ) تقدير الحدث الصدمي:

بلغت شدة الصدمة"**عدم النجاح في البكالوريا**" درجة15 من 25 درجة توزع كما يلي:

جدول رقم (6ـ46) يبين درجة الحدث الصدمي للحالة رقم11

عنف الصدمة	الأثر النفسي	التنفيس	حصة السبب الانساني
5	4	4	2

ب)السوابق الشخصية:

فيما يخص السوابق العائلية المرضية فلا توجد عند الحالة، ولكن تعاني من تورم في القدة الدرقية منذ عام 2004.

ج) سلم التقدير العيادي:

بلغ التقدير العيادي لسلم أبعاد **PTSD** الدرجة 53 تراوحت بين توفر تناذر الإعادة ، حساسية المثير، قلق معمم، تناذر التجنب، فقدان الاهتمام، وسجلات الدرجات القصوى (5درجات)، أما اضطرابات السلوك، تجنب العلاقات الإجتماعية، المصاحبة النوروإعاشية، تكرار الإعادة ، فبلغت 4 درجات، أما المعاش النفسي لتناذر الإعادة والتعب النفسي، وحالة التنبه الزائد والنكوص النرجسي فبلغ 3 درجات.

بلغت درجة اضطراب **PTSD** 165 درجة،وهي مرتفعة مقارنة بمتوسط درجة العينة على نفس الإختبارالذي لم يتجاوز الدرجة123.

نتائج اختبار أعراض الحالة النفسية:

أما نتائج اختبار الحالة النفسية فكانت كما يلي:

جدول رقم (6ـ47) يبين نتائج اختبار الأعراض النفسية (ميدل سيكس)

القلق	المخاوف المرضية	الوسواس القهري	الأمراض النفسجسدية	الإكتئاب	الهيستيريا
13	11	12	4	12	6

نتائج اختبارات العمليات المعرفية (الانتباه والتذكر):

جدول رقم (6ـ48) يبين نتائج اختبارات الإنتباه والتذكر

شطب الحروف	شطب الأرقام	إعادة الحروف	إعادة الأرقام	إعادة الإنتاج البصري	الألوان	التعرف على الوجوه	التعرف على الكلمات	القصة القصيرة	الذاكرة اللمسية
28	18	6	3	13	9	12	20	10	22

نلاحظ من الجدول رقم (6ـ47) أن الحالة النفسية التي تمثلت في المخاوف المرضية ،القلق والاكتئاب الوسواس القهري سجلت مستويات مرتفعة لدى الحالة على عكس الهيستريا والامراض النفسجسدية.كما نلاحظ من الجدول رقم (6ـ48) أن الحالة سجلت أداءا مرتفعا عن المتوسط على جميع الإختبارات المطبقة الخاصة بالانتباه والتذكر.

9)

نتائج المقابلة المقننة للحالة رقم 12:

حالة فتيحةُ

فتيحة فتاة تبلغ من العمر 18 سنة تدرس في السنة الثالثة ثانوي ، وهي البنت الرابعة بعد ثلاث ذكور وانثى، وكان يوم الصدمة خلال جويليه 2007 على الساعة التاسعة، وعلى حسب تعبير المفحوصة" لم أبكي ، جلست داخل الغرفة وبكيت حتى منتصف الليل عندما سمعت أنني لم أنجح في البكالوريا"

أ) تقدير الحدث الصدمي:

بلغت شدة الصدمة"**عدم النجاح في البكالوريا**" درجة14 من 25 درجة توزعت كما يلي :

جدول رقم (6ـ49) يبين درجة الحدث الصدمي للحالة رقم 12

عنف الصدمة	الأثر النفسي	التنفيس	حصة السبب الانساني
3	4	4	3

ب) السوابق الشخصية:

فيما يخص السوابق العائلية المرضية، فلا توجد سوابق عائلية ولا شخصية.

الصدمات النفسية السابقة، "أثر الزلزال في كثيرا"

ج) سلم التقدير العيادي:

بلغ التقدير العيادي لسلم أبعاد **PTSD** 52 درجة تراوحت مابين تكرار الإعادة، حساسية المثير ، القلق المعمم 5 درجات، أما المصاحبة النرواعاشية، الاعراض النفسية العصابية، حالة التنبه الزائد، تجنب العلاقات الاجتماعية (4 درجات)

بلغت درجة اضطراب **PTSD** درجة 151 مقارنة بمتوسط درجة العينة على نفس الإختبارالتي لم تتجاوزالدرجة123.

نتائج اختبار أعراض الحالة النفسية:

أما نتائج اختبار الحالة النفسية فكانت كما يلي:

جدول رقم (6ـ50) يبين نتائج اختبار الأعراض النفسية (ميدل سيكس)

القلق	المخاوف المرضية	الوسواس القهري	الأمراض النفسجسدية	الإكتئاب	الهيستيريا
8	5	9	13	7	5

نتائج اختبارات العمليات المعرفية (الانتباه والتذكر):

جدول رقم (6ـ51) يبين نتائج اختبارات الإنتباه والتذكر

شطب الحروف	شطب الأرقام	إعادة الحروف	إعادة الأرقام	إعادة الإنتاج البصري	الألوان	التعرف على الوجوه	التعرف على الكلمات	القصة القصيرة	الذاكرة اللمسية
30	14	3	3	11	7	8	11	4	14

نلاحظ من الجدول رقم (6ـ50) أن الحالة النفسية التي تمثلت في الوسواس القهري، والامراض النفسجسدية سجلت مستويات مرتفعة لدى الحالة على عكس المخاوف المرضية ،الاكتئاب ،الهيستريا والقلق.كما نلاحظ من الجدول رقم(6ـ51) أن الحالة سجلت أداء منخفض عن المتوسط على جميع الإختبارات المطبقة الخاصة بالانتباه والتذكرماعدا إختبار شطب الحروف وإعادة الارقام.

10) نتائج المقابلة المقننة للحالة رقم 13:

حالة كهينة

كهينة فتاة تبلغ من العمر 17 سنة، تدرس في السنة الثانية من التعليم الثانوي وأجابت كهينة بأن تاريخ الصدمة كان يوم 2005/12/3 الساعة التاسعة ليلا بالمنزل، حيث عبرت بما يلي" كنت جالسة في البيت أحفظ دروسي حتى سمعت صراخا لم أعرف سببه، وإذا بي أرى وأسمع أن أبي قد توفي في المستشفى الذي دخلها قبل يوم"

أ) تقدير الحدث الصدمي:

بلغت شدة الصدمة"**وفاة الأب**" درجة20 من 25 درجة توزعت كما يلي :

جدول رقم (6ـ52) يبين درجة الحدث الصدمي للحالة رقم 13

عنف الصدمة	الأثر النفسي	التنفيس	حصة السبب الانساني
5	5	5	5

ب) السوابق الشخصية:

فيما يخص السوابق العائلية المرضية، فلا توجد سوابق عائلية أو شخصية للمفحوصة. أما سوابق الصدمات النفسية، فالزلزال في 2003 فكان مروعا للجميع على حد تعبيرها.

ج) سلم التقدير العيادي:

بلغ التقدير العيادي لسلم أبعاد اضطراب **PTSD** 54 درجة تراوحت بين المعاش النفسي لتناذر الإعادة، توفر تناذر الإعادة، حساسية المثير، الأعراض النفسية العصابية، حالة التنبه الزائد، اضطرابات السلوك، تناذر التجنب، سجلت جميعها 5 درجات، بينما تكرار الإعادةّ، التعب النفسي، فقدان الإهتمام، النكوص النرجسي، فبلغت الدرجة 4.

بلغت درجة اضطراب **PTSD** 229 درجة،وهي مرتفعة مقارنة بمتوسط درجة العينة على نفس الإختبارالتي لم تتجاوز الدرجة123.

نتائج اختبار أعراض الحالة النفسية:

أما نتائج اختبار الحالة النفسية فكانت كما يلي:

جدول رقم (6ـ53) يبين نتائج اختبار الأعراض النفسية (ميدل سيكس)

القلق	المخاوف المرضية	الوسواس القهري	الأمراض النفسجسدية	الإكتئاب	الهيستيريا
14	9	8	8	13	5

نتائج اختبارات العمليات المعرفية (الانتباه والتذكر):

جدول رقم (6ـ54) يبين نتائج اختبارات الإنتباه والتذكر

شطب الحروف	شطب الأرقام	إعادة الحروف	إعادة الأرقام	إعادة الإنتاج البصري	الألوان	التعرف على الوجوه	التعرف على الكلمات	القصة القصيرة	الذاكرة اللمسية
11	8	1	1	6	6	7	4	3	12

نلاحظ من الجدول رقم (6ـ53) أن الحالة النفسية التي تمثلت في الوسواس القهري،القلق والامراض النفسجسدية سجلت مستويات مرتفعة لدى الحالة على عكس المخاوف المرضية ،الاكتئاب والهيستريا .كما نلاحظ من الجدول رقم (6ـ54) أن الحالة سجلت أداء منخفض عن المتوسط على جميع الإختبارات المطبقة الخاصة بالانتباه والتذكرماعدا إختبارالذاكرة اللمسية.

نتائج المقابلة المقننة للحالة رقم 14:

حالة فاطمة الزهراء

فاطمة تبلغ من العمر 17 سنة، تدرس في السنة الثانية من التعليم الثانوي، وكان تاريخ الصدمة عام 2004 عندما تسببت جماعة ارهابية في قتل عمها، كان يسكن بجانبهم، وموت ابنة العم وكان عمرها 11 سنة وكانت قد أجابت أنها خافت يوم الزلزال خوفا شديداً، عندما فاجأها الزلزال وهي تحفظ في الخارج (الحديقة).

أ) تقدير الحدث الصدمي:

بلغت شدة الصدمة درجة18 من 25 درجة توزعت كما يلي:

جدول رقم (6ـ55) يبين درجة الحدث الصدمي للحالة رقم 14

عنف الصدمة	الأثر النفسي	التنفيس	حصة السبب الانساني
5	5	4	4

ب) السوابق الشخصية:

فيما يخص السوابق العائلية المرضية، فلا توجد سوابق مرضية عائلية ولا شخصية لدى الحالة، بل السوابق الصدمية متوفرة، موت ابنة العم، قتل العم رؤية أحداث مروعة تتعلق بالعمليات الإرهابية.

ج) سلم التقدير العيادي:

بلغ التقدير العيادي لأبعاد **PTSD** 42 درجة تراوحت ما بين قلق معمم 5 درجات وحساسية المثير ، تجنب العلاقات الإجتماعية 4 درجات والمعاش النفسي لتناذر الإعادة، تكرار الإعادة، تعب نفسي، اضطرابات السلوك الإجتماعي، فقدان الاهتمام، النكوص النرجسي الدرجة3 أما توفر تناذرالإعادة،المعايشة النرو إعاشية، الأعراض النفسية العصابية، حالة التنبه الزائد، تناذر التجنب الدرجة 2.

بلغت درجة اضطراب **PTSD** 179 درجة،وهي مرتفعة مقارنة بمتوسط درجة العينة على نفس الإختبارالتي لم تتجاوزالدرجة123.

نتائج اختبار أعراض الحالة النفسية:

أما نتائج اختبار الحالة النفسية فكانت كما يلي:

جدول رقم (6ـ56) يبين نتائج اختبار الأعراض النفسية (ميدل سيكس)

القلق	المخاوف المرضية	الوسواس القهري	الأمراض النفسجسدية	الإكتئاب	الهيستيريا
8	**7**	**6**	**10**	**11**	**5**

نتائج اختبارات العمليات المعرفية (الانتباه والتذكر):

جدول رقم (6ـ57) يبين نتائج اختبارات الإنتباه والتذكر

شطب الحروف	شطب الأرقام	إعادة الحروف	إعادة الأرقام	إعادة الإنتاج البصري	الألوان	التعرف على الوجوه	التعرف على الكلمات	القصة القصيرة	الذاكرة اللمسية
16	**4**	**2**	**2**	**10**	**7**	**7**	**12**	**5**	**18**

نلاحظ من الجدول رقم (6ـ56) أن الحالة النفسية التي تمثلت في الامراض النفسجسدية والاكتئاب سجلت مستويات مرتفعة لدى الحالة على عكس المخاوف المرضية ،الهيستريا، الوسواس القهري والقلق.كما نلاحظ من الجدول رقم(6ـ57) أن الحالة سجلت أداء منخفض عن المتوسط على جميع الإختبارات المطبقة الخاصة بالانتباه والتذكرماعدا إختبارالذاكرة اللمسية و التعرف على الكلمات.

11) نتائج المقابلة المقننة للحالة رقم 15:

حالة مليكة

مليكة فتاة تبلغ من العمر 20 سنة، تدرس في السنة الثالثة ثانوي، تاريخ الصدمة كان يوم 2003/5/21 حيث عبرت بقولها" كنت أحسب أننا سنموت وهي القيامة" هكذا وصفت مليكة يوم الزلزال.

أ) تقدير الحدث الصدمي:

بلغت شدة الصدمة درجة18 من 25 درجة توزعت كما يلي :

جدول رقم (6ـ58) يبين درجة الحدث الصدمي للحالة رقم 15

عنف الصدمة	الأثر النفسي	التنفيس	حصة السبب الانساني	الأثر الجسدي
5	1	5	5	5

ب) السوابق الشخصية:

فيما يخص السوابق العائلية المرضية، لا توجد سوابق عائلية مرضية ولا شخصية، بل هناك صدمات نفسية سابقة للحالة حيث عندما كانت تبلغ من العمر 8 سنوات، ماتت زوجة الخال التي كانت تحبها كثيرا ولم تكن تصدق أنها ماتت، ولديها صدمة اختطاف الارهاب لابن عمها كذلك، وكان عمرها ثماني سنوات.

ج) سلم التقدير العيادي:

بلغ سلم التقدير العيادي لأبعاد الـ **PTSD** 53 درجة حيث تراوحت إجاباته ما بين توفر تناذر الإعادة ، المعاش النفسي لتناذر الإعادة، تكرار الإعادة، القلق المعمم، تناذر التجنب، الأعراض النفسية العصابية، (5 درجات)، بينما سجل التعب النفسي، حالة الاستثارة (4 درجات)، أما المصاحبة النرو‌إعاشية، حساسية المثير، اضطرابات السلوك، فقدان الاهتمام، تجنب العلاقات الاجتماعية فسجلت (3 درجات).

بلغت درجة اضطراب **PTSD** 202 درجة،وهي مرتفعة مقارنة بمتوسط درجة العينة على نفس الإختبارالتي لم تتجاوز الدرجة123.

نتائج اختبار أعراض الحالة النفسية:

أما نتائج اختبار الحالة النفسية فكانت كما يلي:

جدول رقم (6ـ59) يبين نتائج اختبار الأعراض النفسية (ميدل سيكس)

القلق	المخاوف المرضية	الوسواس القهري	الأمراض النفسجسدية	الإكتئاب	الهيستيريا
8	10	11	8	8	11

نتائج اختبارات العمليات المعرفية (الانتباه والتذكر):

جدول رقم (6ـ60) يبين نتائج اختبارات الإنتباه والتذكر

	شطب الأرقام	إعادة الحروف	إعادة الأرقام	إعادة الإنتاج البصري	الألوان	التعرف على الوجوه	التعرف على الكلمات	القصة القصيرة	الذاكرة اللمسية
13	13	2	2	10	7	8	11	4	14

نلاحظ من الجدول رقم (6ـ59) أن الحالة النفسية التي تمثلت في الهيستيريا و الوسواس القهري، والامراض النفسجسدية ،المخاوف المرضية سجلت مستويات مرتفعة لدى الحالة على عكس القلق ،الاكتئاب و .كما نلاحظ من الجدول رقم (6ـ60) أن الحالة سجلت أداء منخفض عن المتوسط على جميع الإختبارات المطبقة الخاصة بالانتباه والتذكر.

12) نتائج المقابلة المقننة للحالة رقم 16:

حالة حياةُ

حياة فتاة تبلغ من العمر 19 سنة في السنة الثالثة ثانوي، هي البنت الصغرى بعد بنتين وولدين، وكانت صدمتها في جويلية 2007، عندما سمعت أن أختها دخلت الإنعاش، وكانت حاملا وولدت بنت ميتة، وعلى حد تعبيرها قالت" سمعت هذا وكنت وحدي

أ) تقدير الحدث الصدمي:

بلغت شدة الصدمة درجة17 من 25 درجة توزعت كما يلي :

جدول رقم (6ـ 61) يبين درجة الحدث الصدمي للحالة رقم16

عنف الصدمة	الأثر النفسي	التنفيس	حصة السبب الانساني
4	4	5	2

ب) السوابق الشخصية:

فيما يخص السوابق العائلية المرضية، توجد سوابق مرضية عيادية لدى الحالة، فأمها تعاني من مرض السكر، أما السوابق النفسية فقد أجرت الحالة عملية جراحية عندما كانت بالإكمالية.

ج) سلم التقدير العيادي:

بلغت شدة التقدير العيادي لاضطراب **PTSD** درجة 52، تراوحت ما بين المصاحبة النرواعاشية إعاشية، القلق المعمم، اضطرابات السلوك، الحساسية للمثير، التعب النفسي، 5 درجات، توفر تناذر الإعادة، المعاش النفسي لتناذر الإعادة، تناذر التجنب، العلاقات الإجتماعية فسجلت الدرجة4.

بلغت درجة اضطراب **PTSD** 173 درجة،وهي مرتفعة مقارنة بمتوسط درجة العينة على نفس الإختبارالتي لم تتجاوز الدرجة123.

نتائج اختبار أعراض الحالة النفسية:

أما نتائج اختبار الحالة النفسية فكانت كما يلي:

جدول رقم (6ـ62) يبين نتائج اختبار الأعراض النفسية (ميدل سيكس)

القلق	المخاوف المرضية	الوسواس القهري	الأمراض النفسجسدية	الإكتئاب	الهيستيريا
12	11	14	4	8	4

نتائج اختبارات العمليات المعرفية (الانتباه والتذكر):

جدول رقم (6ـ63) يبين نتائج اختبارات الإنتباه والتذكر

شطب الحروف	شطب الأرقام	إعادة الحروف	إعادة الأرقام	إعادة الإنتاج البصري	الألوان	التعرف على الوجوه	التعرف على الكلمات	القصة القصيرة	الذاكرة اللمسية
16	7	2	1	9	7	5	4	3	15

نلاحظ من الجدول رقم (6ـ62) أن الحالة النفسية التي تمثلت في الوسواس القهري،القلق و المخاوف المرضية والاكتئاب سجلت مستويات مرتفعة لدى الحالة على عكس الامراض النفسجسدية والهيستريا .كما نلاحظ من الجدول رقم (6ـ63) أن الحالة سجلت أداء منخفض عن المتوسط على جميع الإختبارات المطبقة الخاصة بالانتباه والتذكر.

13) نتائج المقابلة المقننة للحالة رقم 17:

حالة ويزةُ

ويزة فتاة تبلغ من العمر 19سنة تدرس في السنة الثالثة ثانوي هي البنـت الصـغرى بعد 4 ذكور و بنت و ذكر كان تاريخ الصدمة 21 ماي 2003. علـى حـد تعبيـر المفحوصة "كنت في الخارج امام منزلنا ، كنت جالسة مع امي و اختي في البداية لـم أكن أعلم أنه الزلزال ،حاولت أن أدخل الى المنزل و لكن لم أستطيع .بقينا في الخارج ،أخي و أبي كانا بالعمل في الرغاية و اخي أخر في بو مرداس ،خفنا كثيرا علـيهم ، في الغد جاء أبي وإخوتي وأخبرونا ماذا جرى، لم أكن أعلم ما يجري"

أ)تقدير الحدث الصدمي:

بلغت شدة الصدمة درجة14 من 25 درجة توزعت كما يلي :

جدول رقم (6ـ64) يبين درجة الحدث الصدمي للحالة رقم 17

عنف الصدمة	الأثر النفسي	التنفيس	حصة السبب الانساني
5	5	4	0

ب)السوابق الشخصية:

فيما يخص السوابق العائلية المرضية، لويزة أخ معوق ذهنيا يبلغ 24 سنة كما أن الحالة تشتكي من حساسية شديدة للغبار.

الصدمات النفسية السابقة: بعض الأحداث الإرهابية أثرت في ويزة مثل قتل ابن الجيران من طرف جماعة ارهابية ليلا وكان عمرها لا يتعدى احدى عشر سنة.

ج) سلم التقدير العيادي:

بلغ التقدير العيادي 53 من 75 تراوحت درجاته ما بين المصاحبة النرو‌إعاشية، الحساسية للمثير، التعب النفسي، تناذر التجنب (5 درجات) ، بينما توفر تناذر الإعادة، المعاش النفسي لتناذر الإعادة، القلق المعمم، اضطرابات السلوك، الاضطرابات النفسجسدية، العلاقات الإجتماعية(4 د رجات)، أما تكرار الإعادة وحالة التنبه الزائدة (3

درجات)، أما الأعراض النفسية العصابية، العلاقات، فقدان الاهتمام والنكوص النرجسي(1 درجة).

بلغت درجة اضطراب **PTSD** 179 درجة،وهي مرتفعة مقارنة بمتوسط درجة العينة على نفس الإختبارالتي لم تتجاوز الدرجة123.

نتائج اختبار أعراض الحالة النفسية:

أما نتائج اختبار الحالة النفسية فكانت كما يلي:

جدول رقم (6ـ65) يبين نتائج اختبار الأعراض النفسية (ميدل سيكس)

القلق	المخاوف المرضية	الوسواس القهري	الأمراض النفسجسدية	الإكتئاب	الهيستيريا
12	10	12	5	10	4

نتائج اختبارات العمليات المعرفية (الانتباه والتذكر):

جدول رقم (6ـ66) يبين نتائج اختبارات الإنتباه والتذكر

شطب الحروف	شطب الأرقام	إعادة الحروف	إعادة الأرقام	إعادة الإنتاج البصري	الألوان	التعرف على الوجوه	التعرف على الكلمات	القصة القصيرة	الذاكرة اللمسية
26	14	2	2	9	7	7	10	4	18

نلاحظ من الجدول رقم (6ـ65) أن الحالة النفسية التي تمثلت في الوسواس القهري،القلق والامراض النفسجسدية سجلت مستويات مرتفعة لدى الحالة على عكس المخاوف المرضية ،الاكتئاب والهيستريا .كما نلاحظ من الجدول رقم**(6ـ66)** أن الحالة سجلت أداء منخفض عن المتوسط على جميع الإختبارات المطبقة الخاصة بالانتباه والتذكرماعدا إختبارالذاكرة اللمسية وشطب الحروف.

14) نتائج المقابلة المقننة للحالة رقم 18:

حالة سامية

سامية فتاة تبلغ من العمر 18 وهي البنت الخامسة بعد ثلاث ذكور وبنت، تدرس في السنة الثالثة ثانوي وتاريخ الصدمة التي تعرضت لها هو يوم 2003/5/21 حيث كان مكان الصدمة المنزل وتصف الحالة الصدمة كما يلي "كنا جالسين مع العائلة نتفرج على مباراة كرة القدم، ثم فجأة بدأنا نصرخ، هرب أخي ثم هربت وعشنا في الخيمة رغم أن العمارة لم تهدم، وبعدها ذهبنا إلى منزل جدتنا لأنها تسكن على الأرض دامت الصدمة عندي لفترة طويلة جدا.

أ) تقدير الحدث الصدمي:

بلغت شدة الصدمة"**الزلزال**" درجة14 من 25 درجة توزعت كما يلي :

جدول رقم (6ـ67) يبين درجة الحدث الصدمي للحالة رقم 18

عنف الصدمة	الأثر النفسي	التنفيس
4	5	5

ب) السوابق الشخصية:

فيما يخص السوابق العائلية المرضية، لا وجود لسوابق مرضية عائلية، ولكن الصدمات التنفسية السابقة تمثلت في هجوم مسلح على جنود من الجيش الوطني الشعبي على بعد ستين متر من المنزل.

ج) سلم التقدير العيادي:

بلغ التقدير العيادي 41 من 75 تراوحت درجاته ما بين الحساسية للمثير(5 درجات)، القلق المعمم وحالة التنبه الزائدة (4درجات)،أما عن توفر تناذر الإعادة، المعاش النفسي لتناذر الإعادة، تكرار الإعادة، التعب النفسي، اضطرابات السلوك، تناذر التجنب(3 درجات)، أما المصاحبة النورو إعاشية، الأعراض النفسية العصابية فقدان الاهتمام، النكوص النرجسي، تجنب العلاقات الإجتماعية (درجتين).

بلغت درجة اضطراب **PTSD** 169 درجة،وهي مرتفعة مقارنة بمتوسط درجة العينة على نفس الإختبارالتي تتجاوز الدرجة123.

نتائج اختبار أعراض الحالة النفسية:

أما نتائج اختبار الحالة النفسية فكانت كما يلي:

جدول رقم (6ـ68) يبين نتائج اختبار الأعراض النفسية (ميدل سيكس)

القلق	المخاوف المرضية	الوسواس القهري	الأمراض النفسجسدية	الإكتئاب	الهيستيريا
12	8	5	4	8	4

نتائج اختبارات العمليات المعرفية (الانتباه والتذكر):

جدول رقم (6ـ69) يبين نتائج اختبارات الإنتباه والتذكر

شطب الحروف	شطب الأرقام	إعادة الحروف	إعادة الأرقام	إعادة الإنتاج البصري	الألوان	التعرف على الوجوه	التعرف على الكلمات	القصة القصيرة	الذاكرة اللمسية
39	21	5	4	13	9	12	20	5	23

نلاحظ من الجدول رقم (6ـ68) أن الحالة النفسية التي تمثلت في ،القلق و المخاوف المرضية والاكتئاب سجلت مستويات مرتفعة لدى الحالة على عكس الامراض النفسجسدية والهيستريا الوسواس القهري.كما نلاحظ من الجدول رقم(6ـ69) أن الحالة سجلت أداء مرتفع عن المتوسط على جميع الإختبارات المطبقة الخاصة بالانتباه والتذكرماعدا إختبارالقصة القصيرة .

نتائج المقابلة المقننة للحالة رقم 19:

حالة نبيلة

نبيلة فتاة تبلغ من العمر 19 سنة وهي البنت الصغرى في العائلة بعد ذكر وأنثى وتدرس في السنة الأولى ثانوي وعلى تعبير نبيلة "فإن تاريخ الصدمة كان يوم 21/ 2003/5 عندما كنت أحفظ تربية إسلامية في السنة الثامنة لأحضر اختبارات آخر السنة ، كنت عندها في البيت وحدي أثناء الزلزال وصرخت صراخا شديدا.

أ) تقدير الحدث الصدمي:

بلغت شدة الصدمة درجة17 من 25 درجة توزعت كما يلي :

جدول رقم (6_70) يبين درجة الحدث الصدمي للحالة رقم 19

عنف الصدمة	الأثر النفسي	التنفيس	حصة السبب الانساني
5	5	5	2

ب) السوابق الشخصية:

فيما يخص السوابق العائلية المرضية، لا وجود لسوابق عائلية مرضية ولا شخصية بينما تعرضت الحالة لمشاهدة حدث صدمي تمثل في حادث سيارة ّأمام المدرسة الإبتدائية التي تدرس بها وعمرها لا يتجاوز عشر سنوات،عندما رأت سيارة تمر على طفل صغير.

ج) سلم التقدير العيادي:

بلغ التقدير العيادي 60 من 75 توزعت درجاته كما يلي: توفر تناذر الإعادة، المعاش النفسي لتناذر الإعادة، الحساسية للمثير، القلق المعمم، الأعراض النفسية العصابية (5درجات)، أما المصاحبة النرواعاشية، تكرار الإعادة واضطرابات السلوك، وحالة التنبه الزائدة وتناذر التجنب، فقدان الاهتمام، النكوص النرجسي، العلاقات الإجتماعية (4 درجات)، أما التعب النفسي فسجل 3 درجات.

بلغت درجة اضطراب **PTSD** 170 درجة،وهي مرتفعة مقارنة بمتوسط درجة العينة على نفس الإختبارالتي لم تتجاوز الدرجة123.

نتائج اختبار أعراض الحالة النفسية:

أما نتائج اختبار الحالة النفسية فكانت كما يلي:

جدول رقم (6ـ71) يبين نتائج اختبار الأعراض النفسية (ميدل سيكس)

القلق	المخاوف المرضية	الوسواس القهري	الأمراض النفسجسدية	الإكتئاب	الهيستيريا
13	10	12	8	12	6

نتائج اختبارات العمليات المعرفية (الانتباه والتذكر):

جدول رقم (6ـ72) يبين نتائج اختبارات الإنتباه والتذكر

شطب الحروف	شطب الأرقام	إعادة الحروف	إعادة الأرقام	إعادة الإنتاج البصري	الألوان	التعرف على الوجوه	التعرف على الكلمات	القصة القصيرة	الذاكرة اللمسية
20	13	3	2	12	7	5	12	3	15

نلاحظ من الجدول رقم (6ـ71) أن الحالة النفسية التي تمثلت في الوسواس القهري،القلق ،الامراض النفسجسدية،المخاوف المرضية،الاكتئاب والهيستريا سجلت مستويات مرتفعة لدى الحالة .كما نلاحظ من الجدول رقم (6ـ72) أن الحالة سجلت أداء منخفض عن المتوسط على جميع الإختبارات المطبقة الخاصة بالانتباه والتذكرماعدا إختبارالذاكرة اللمسية.

15) نتائج المقابلة المقننة للحالة رقم 20:

حالة أمين

أمين ذكر يبلغ من العمر 19 سنة وهو الأصغر بين إخوته، وكان تاريخ الصدمة لديه 2003/5/21، حيث وصف أمين الصدمة على حد تعبيره" كنت في الحي نلعب كرة اليد مع أصدقائي وفجأةً، رأيت الناس يصرخون، ورأيت أحد الأطفال يسقط السطح عليه ولم أستطيع فعل أي شيء وأحسست أنني عجزت عن التصرف.

أ) تقدير الحدث الصدمي:

بلغت شدة الصدمة "**الزلزال**" درجة 12 من 25 درجة توزعت كما يلي :

جدول رقم (6ـ73) يبين درجة الحدث الصدمي للحالة رقم 20

عنف الصدمة	الأثر النفسي	التنفيس	حصة السبب الانساني
4	3	5	0

ب)السوابق الشخصية:

فيما يخص السوابق العائلية المرضية، فلا توجد سوابق عائلية مرضية بينما خضعت الحالة لعملية جراحية وعمرها خمس سنوات، أما فيما يخص الصدمات النفسية السابقة، فتتمثل في خوف شديد من الإرهاب حيث شهدت الحالة تفجيرات إرهابية.

ج) سلم التقدير العيادي:

بلغت شدة أبعاد التقدير العيادي الدرجة 50 تراوحت ما بين توفر تناذر الإعادة، المصاحبة النرواعاشية، تكرار الإعادة، القلق المعمم(5 درجات) وحالة التنبه الزائد، فقدان الإهتمام، تجنب العلاقات الإجتماعية(4 درجات)، المعاش النفسي لتناذر الإعادة، حساسية المثير، الأعراض النفسية العصابية، اضطرابات السلوك، تناذر التجنب، النكوص النرجسي (3 درجات).

بلغت درجة اضطراب **PTSD** 174 درجة،وهي مرتفعة مقارنة بمتوسط درجة العينة على نفس الإختبارالتي لم تتجاوز الدرجة123.

نتائج اختبار أعراض الحالة النفسية:

أما نتائج اختبار الحالة النفسية فكانت كما يلي:

جدول رقم (6ـ74) يبين نتائج اختبار الأعراض النفسية (ميدل سيكس)

القلق	المخاوف المرضية	الوسواس القهري	الأمراض النفسجسدية	الإكتئاب	الهيستيريا
9	10	10	7	7	9

نتائج اختبارات العمليات المعرفية (الانتباه والتذكر):

جدول رقم (6ـ75) يبين نتائج اختبارات الإنتباه والتذكر

شطب الحروف	شطب الأرقام	إعادة الحروف	إعادة الأرقام	إعادة الإنتاج البصري	الألوان	التعرف على	التعرف على	القصة القصيرة	الذاكرة اللمسية
11	14	2	2	8	10	7	10	9	19

نلاحظ من الجدول رقم (6 ـ 74) أن الحالة النفسية التي تمثلت في الوسواس القهري،القلق والامراض النفسجسدية والمخاوف المرضية سجلت مستويات مرتفعة لدى الحالة على عكس، الاكتئاب والهيستريا .كما نلاحظ من الجدول رقم (6ـ75) أن الحالة سجلت أداء منخفض عن المتوسط على جميع الإختبارات المطبقة الخاصة بالانتباه والتذكرماعدا إختبارالذاكرة اللمسية،القصة القصيرة والالوان.

نتائج المقابلة المقننة للحالة رقم 21:

حالة علي

علي ذكر يبلغ من العمر20 سنة، وهو يحتل المرتبة الرابعة بين إخوته، وكان تاريخ الصدمة وهو يدرس في السنة الخامسة إبتدائي، حيث وصف الصدمة كما يلي"كنت أنا وأخي ذاهبين إلى الجدة، ثم جرى وراءنا كلب، من يومها لدي رعب شديد، حيث أصبحت أخاف كثيراً من الكلاب.

أ) تقدير الحدث الصدمي:

بلغت شدة الصدمة"**الخوف الشديد من الكلاب**" درجة20 من 25 درجة توزعت كما يلي :

جدول رقم (6ـ76) يبين درجة الحدث الصدمي للحالة رقم 21

عنف الصدمة	الأثر النفسي	التنفيس	الأثر الجسدي	حصة السبب الانساني
4	5	5	2	4

ب) السوابق الشخصية:

فيما يخص السوابق العائلية المرضية، لا توجد سوابق عائلية مرضية ولا شخصية ولا توجد صدمات نفسية سابقة.

ج) سلم التقدير العيادي:

بلغ التقدير العيادي55 درجة من 75، توفر تناذر الإعادة، المصاحبة النرو‌إعاشية، الحساسية للمثير، القلق المعمم، التعب النفسي، تناذر التجنب، فقدان الإهتمام(5 درجات)، المعاش النفسي لتناذر الإعادة، تكرار الإعادة، اضطرابات السلوك، حالة التنبه الزائد، تجنب العلاقات الإجتماعية(3 درجات)، النكوص النرجسي(درجتين)، الأعراض النفسية العصابية، الأمراض النفسجسدية (درجة واحدة).

بلغت درجة اضطراب **PTSD** 193 درجة،وهي مرتفعة مقارنة بمتوسط درجة العينة على نفس الإختبارالتي لم تتجاوز الدرجة123.

نتائج اختبار أعراض الحالة النفسية:

أما نتائج اختبار الحالة النفسية فكانت كما يلي:

جدول رقم (6ـ77) يبين نتائج اختبار الأعراض النفسية (ميدل سيكس)

القلق	المخاوف المرضية	الوسواس القهري	الأمراض النفسجسدية	الإكتئاب	الهيستيريا
13	14	12	8	7	4

نتائج اختبارات العمليات المعرفية (الانتباه والتذكر):

جدول رقم (6ـ78) يبين نتائج اختبارات الإنتباه والتذكر

شطب الحروف	شطب الأرقام	إعادة الحروف	إعادة الأرقام	إعادة الإنتاج البصري	الألوان	التعرف على الوجوه	التعرف على الكلمات	القصة القصيرة	الذاكرة اللمسية
23	11	2	3	13	6	7	8	3	23

نلاحظ من الجدول رقم (6ـ77) أن الحالة النفسية التي تمثلت في الوسواس القهري،القلق والامراض النفسجسدية والمخاوف المرضية سجلت مستويات مرتفعة لدى الحالة على عكس ،الاكتئاب والهيستريا .كما نلاحظ من الجدول رقم (6ـ78) أن الحالة سجلت أداء منخفض عن المتوسط على جميع الإختبارات المطبقة الخاصة بالانتباه والتذكرماعدا إختبارالذاكرة اللمسية ،إعادة الانتاج البصري و شطب الحروف.

16) نتائج المقابلة المقننة للحالة رقم 22:

حالة نورة

نورة فتاة تبلغ من العمر 18 سنة تدرس في السنة الثانية من التعليم الثانوي وتحتل المرتبة الثانية بين الإخوة وكانت صدمتها في 2003/5/21 على الساعة الثامنة إلا ربع وصفت نورة الصدمة كما يلي"كنت جالسة أحفظ في الغرفة وفجأة سمعت دويا مرتفعا وانغلاق الباب ولم أستطع فتحه وعندما خرجت ولم أدري أين أنا ووجدت نفسي في فناء عمي سقطت وبدأت أصرخ نسينا أخي في المنزل وعمره أسبوعٍ .

أ) تقدير الحدث الصدمي:

بلغت شدة الصدمة درجة16 من 25 درجة توزعت كما يلي :

جدول رقم (6ـ79) يبين درجة الحدث الصدمي للحالة رقم 22

عنف الصدمة	الأثر النفسي	التنفيس	الأثر الجسدي
3	5	4	4

ب) السوابق الشخصية:

فيما يخص السوابق العائلية المرضية، ليس هناك سوابق عائلية مرضية ولا شخصية، أما فيما يخص الصدمات السابقة ، فصدمة وفاة الجد إثر حادث سيارة عام 2001 أثر كثيرا في نورة.

ج) سلم التقدير العيادي:

بلغ التقدير العيادي 63 من 75 توزعت كما يلي:

الحساسية للمثير، القلق المعمم ، التعب النفسي، اضطرابات السلوك، حالة الإستثارة الزائدة، تناذر التجنب، فقدان الاهتمام(5 درجات)، بينما توفر تناذر الإعادة والمعاش النفسي لتناذر الإعادة، والمصاحبة النوروإعاشية، تكرار الإعادة، الأعراض النفسية العصابية (4 درجات) أما الاضطرابات النفسية الجسدية وتجنب العلاقات الإجتماعية (3 درجات)، أما النكوص النرجسي فسجل (درجتين).

بلغت درجة اضطراب **PTSD** 135 درجة،وهي مرتفعة مقارنة بمتوسط درجة العينة على نفس الإختبارالذي لم يتجاوز الدرجة123.

نتائج اختبار أعراض الحالة النفسية:

أما نتائج اختبار الحالة النفسية فكانت كما يلي:

جدول رقم (6ـ80) يبين نتائج اختبار الأعراض النفسية (ميدل سيكس)

القلق	المخاوف المرضية	الوسواس القهري	الأمراض النفسجسدية	الإكتئاب	الهيستيريا
6	7	11	9	7	6

نتائج اختبارات العمليات المعرفية (الانتباه والتذكر):

جدول رقم (6ـ81) يبين نتائج اختبارات الإنتباه والتذكر

شطب الحروف	شطب الأرقام	إعادة الحروف	إعادة الأرقام	إعادة الإنتاج البصري	الألوان	التعرف على الوجوه	التعرف على الكلمات	القصة القصيرة	الذاكرة اللمسية
22	16	3	2	11	7	7	9	5	17

نلاحظ من الجدول رقم (6ـ80) أن الحالة النفسية التي تمثلت في الوسواس القهري والامراض النفسجسدية والهيستريا سجلت مستويات مرتفعة لدى الحالة على عكس المخاوف المرضية ،الاكتئاب ،القلق.كما نلاحظ من الجدول رقم (6ـ81) أن الحالة سجلت أداء منخفض عن المتوسط على جميع الإختبارات المطبقة الخاصة بالانتباه والتذكرماعدا إختبارالذاكرة اللمسية ،شطب الارقام والحروف.

نتائج المقابلة المقننة للحالة رقم23:

حالـة إيديـر

إيدير ذكر يبلغ من العمر 16 سنة، يدرس في السنة أولى ثانوي وكانت الصدمة التي تعرض لها يوم 2003/5/21. وفيما يلي وصف مختصر للصدمة كما عبر عنها إيدير"كنت جالسا مع صديق لي وحسبت أن قنبلة من طرف أمريكا أو أي بلد آخر قد قصفت البلاد، ولكن عندما خرجت جلست على الأرض ثم ذهبت إلى المنزل وكان في ذهني لأذهب لأختبئ وعندما ذهب أبي إلى مدينة الثنية ليطمئن على بقية العائلة، قال أن مدينة الثنية قد تهدمت بأكملها، خفت كثيرا وتركت المنزل وذهبت عند جدتي. زال الخوف شيئا فشيئا عندما غيرنا السكن من العمارة إلى الأرض.

أ) تقدير الحدث الصدمي:

بلغت شدة الصدمة درجة15 من 25 درجة توزعت كما يلي :

جدول رقم (6ـ82) يبين درجة الحدث الصدمي للحالة رقم 23

عنف الصدمة	الأثر النفسي	التنفيس	حصة السبب الانساني
5	5	5	0

ب) السوابق الشخصية:

فيما يخص السوابق العائلية المرضية، لا توجد سوابق شخصية ولا عائلية ، بينما تمثلت الصدمات النفسية السابقة للحالة في موت جار عمها في البحر غرقا عام 2002، وقد أثر ذلك فيها كثيرا على حد تعبيرها.

ج) سلم التقدير العيادي:

بلغ التقدير العيادي 46 من 75 توزعت كما يلي:

تناذر التجنب، تجنب العلاقات الإجتماعية ، المعاش النفسي لتناذر الإعادة، تكرار الإعادة، القلق المعمم، التعب النفسي (5درجات)، أما توفر تناذر الإعادة النروإعاشية، حساسية

المثير، فقدان الاهتمام(4 درجات)، أما حالة الإستثارة الزائدة (3 درجات)، أما اضطرابات النفسجسدسة فسجلت درجة واحدة.

بلغت درجة اضطراب **PTSD** 167 درجة،وهي مرتفعة مقارنة بمتوسط درجة العينة على نفس الإختبارالتي لم تتجاوز الدرجة123.

نتائج اختبار أعراض الحالة النفسية:

أما نتائج اختبار الحالة النفسية فكانت كما يلي:

جدول رقم (6ـ83) يبين نتائج اختبار الأعراض النفسية (ميدل سيكس)

القلق	المخاوف المرضية	الوسواس القهري	الأمراض النفسجسدية	الإكتئاب	الهيستيريا
13	7	7	6	9	13

نتائج اختبارات العمليات المعرفية (الانتباه والتذكر):

جدول رقم (6ـ84) يبين نتائج اختبارات الإنتباه والتذكر

شطب الحروف	شطب الأرقام	إعادة الحروف	إعادة الأرقام	إعادة الإنتاج البصري	الألوان	التعرف على الوجوه	التعرف على الكلمات	القصة القصيرة	الذاكرة اللمسية
29	14	3	3	11	8	9	15	10	20

نلاحظ من الجدول رقم (6ـ83) أن الحالة النفسية التي تمثلت في ،القلق والامراض النفسجسدية والهيستريا، سجلت مستويات مرتفعة لدى الحالة على عكس المخاوف المرضية ،الاكتئاب الوسواس القهري.كما نلاحظ من الجدول رقم (6ـ84) أن الحالة سجلت أداء مرتفع عن المتوسط على جميع الإختبارات المطبقةالخاصة بالانتباه والتذكرماعدا إختبارإعادة الحروف،شطب الارقام،إعادة الانتاج البصري

17) نتائج المقابلة المقننة للحالة رقم24 :

حالةُ محمدُ

محمدُ ذكر يبلغ من العمر 18 سنة، يدرس في السنة الأولى الثانوي، يحتل المرتبة الثانية في العائلة،وصف محمد الصدمة التي تعرض لها في يوم 2003/5/21 كما يلي: "كنت مع أفراد العائلة في الفناء حتى رأينا الدنيا تتقلب علينا أول مرة وحسبت أن القيامة حانت، خرجنا إلى خارج المنزل عندها عرفنا أنه زالزال من الناس."

أ)تقدير الحدث الصدمي:

بلغت شدة الصدمة"**الزالزال**" درجة15 من 25 درجة توزعت كما يلي :

جدول رقم (6ـ85) يبين درجة الحدث الصدمي للحالة رقم 24

عنف الصدمة	الأثر النفسي	التنفيس	حصة السبب الانساني
5	5	5	0

ب) السوابق الشخصية:

فيما يخص السوابق العائلية المرضية، لا توجد سوابق عائلية مرضية ولا شخصية ولا حتى صدمات نفسية سابقة.

ج) سلم التقدير العيادي:

بلغ التقدير العيادي 62 من 75 حيث تراوحت ما بين المعاش النفسي تناذر الإعادة، حسايسة المثير، القلق المعمم، التعب النفسي، حالة التنبه الزائدة، تناذر التجنب (5 درجات)، بينما توفر تناذر الإعادة، المصاحبة النرواعاشية (4 درجات)، أما تكرار الإعادة، الإضطرابات النفسجسدية، النكوص النرجسي(3 درجات)، أما الأعراض النفسية العصابية، اضطرابات السلوك، فقدان الاهتمام، تجنب العلاقات الإجتماعية، (درجتين).

بلغت درجة اضطراب **PTSD** 172 درجة،وهي مرتفعة مقارنة بمتوسط درجة العينة على نفس الإختبارالذي لم يتجاوز الدرجة123.

نتائج اختبار أعراض الحالة النفسية:

أما نتائج اختبار الحالة النفسية فكانت كما يلي:

جدول رقم (6ـ86) يبين نتائج اختبار الأعراض النفسية (ميدل سيكس)

القلق	المخاوف المرضية	الوسواس القهري	الأمراض النفسجسدية	الإكتئاب	الهيستيريا
6	6	9	6	9	7

نتائج اختبارات العمليات المعرفية (الانتباه والتذكر):

جدول رقم (6ـ87) يبين نتائج اختبارات الإنتباه والتذكر

شطب الحروف	شطب الأرقام	إعادة الحروف	إعادة الأرقام	إعادة الإنتاج البصري	الألوان	التعرف على الوجوه	التعرف على الكلمات	القصة القصيرة	الذاكرة اللمسية
11	18	4	3	12	6	7	16	7	22

نلاحظ من الجدول رقم (6ـ86) أن الحالة النفسية التي تمثلت في الوسواس القهري والامراض النفسجسدية والاكتئاب والهيستريا سجلت مستويات مرتفعة لدى الحالة على عكس المخاوف المرضية والقلق .كما نلاحظ من الجدول رقم (6ـ87) أن الحالة سجلت أداء منخفض عن المتوسط على جميع الإختبارات المطبقة الخاصة بالانتباه والتذكرماعدا إختبارالذاكرة اللمسية،شطب الارقام والتعرف على الكلمات والقصة القصيرة و إعادة الارقام والحروف.

18) نتائج المقابلة المقننة للحالة رقم 25:

حالة كمال

كمال ذكر يبلغ من العمر 20 سنة وهو الأصغر بين إخوته، يدرس في السنة الثالثة ثانوي، وقد وصف كمال الصدمة التي تعرض لها كما يلي: "كنت في منزل عمي وفجأة سمعت دويا كبيرا وحسبت أن طائرة من نوع هليكوبتر تمر قريبة من المنزل، ولم أكن أعرف أنه زلزال."

أ) تقدير الحدث الصدمي:

بلغت شدة الصدمة"**الزلزال**" درجة15 من 25 درجة توزعت كما يلي :

جدول رقم (6ـ88) يبين درجة الحدث الصدمي للحالة رقم 25

عنف الصدمة	الأثر النفسي	التنفيس
5	5	5

ب) السوابق الشخصية:

فيما يخص السوابق العائلية المرضية، لا توجد سوابق مرضية عائلية ولكن الحالة تعرضت لعملية جراحية" نزع الماء من الصدر" ، أما فيما يخص الصدمات النفسية الأخرى، فقد كمال أباه العام الماضي(2006)، وأثر ذلك فيه كثيرا.

ج) سلم التقدير العيادي:

بلغ التقدير العيادي 35 من 75، تراوحت ما بين توفر تناذر الإعادة، تجنب العلاقات الإجتماعية(4 درجات)، أما المعاش النفسي لتناذر الإعادة، القلق المعمم، اضطرابات السلوك، حالة التنبه الزائدة، تناذر التجنب(3 درجات)، تكرار الإعادة وحساسية المثير، التعب النفسي، فقدان الاهتمام، النكوص النرجسي(درجتين)، أما عن المصاحبة النرو إعاشية فسجلت درجة واحدة.

بلغت درجة اضطراب **PTSD** 160 درجة،وهي مرتفعة مقارنة بمتوسط درجة العينة على نفس الإختبارالذي لم يتجاوز الدرجة123.

نتائج اختبار أعراض الحالة النفسية:

أما نتائج اختبار الحالة النفسية فكانت كما يلي:

جدول رقم (6ـ89) يبين نتائج اختبار الأعراض النفسية (ميدل سيكس)

القلق	المخاوف المرضية	الوسواس القهري	الأمراض النفسجسدية	الإكتئاب	الهيستيريا
11	7	6	10	11	6

نتائج اختبارات العمليات المعرفية (الانتباه والتذكر):

جدول رقم (6ـ90) يبين نتائج اختبارات الإنتباه والتذكر

شطب الحروف	شطب الأرقام	إعادة الحروف	إعادة الأرقام	إعادة الإنتاج البصري	الألوان	التعرف على الوجوه	التعرف على الكلمات	القصة القصيرة	الذاكرة اللمسية
10	14	2	2	11	8	7	14	5	16

نلاحظ من الجدول رقم(6ـ89) أن الحالة النفسية التي تمثلت في ،القلق والامراض النفسجسدية والاكتئاب سجلت مستويات مرتفعة لدى الحالة على عكس المخاوف المرضية ، الوسواس القهري والهيستريا .كما نلاحظ من الجدول رقم (6ـ90) أن الحالة سجلت أداء منخفض عن المتوسط على جميع الإختبارات المطبقة الخاصة بالانتباه والتذكرماعدا إختبارالذاكرة اللمسية والتعرف على الكلمات.

ملخص الفصل السادس

عرضنا في هذا الفصل نتائج الدراسة الوبائية من خلال عرضها في جداول تبين المتوسطات و الانحرافات المعيارية لمختلف نتائج الإختبارات المطبقة على عينة البحث ،كما توضح أيضا ترتيب الاحداث الصدمية حسب الاثار المدركة و نسبة التعرض ومدى التأثر بالاحداث الصدمية ثم تطرقنا إلى عرض نتائج الحالات الخمس والعشرين التي أجرينا معها المقابلة العيادية المقننة وتطبيق الاختبارات المعرفية واختبار الحالة النفسية على كل حالة على حدة.

الفصل السابع:

مناقشة نتائج الدراسة

أولاً مناقشة نتائج الدراسة الوبائية

1) مناقشة نتائج الدراسة في ضوء مدى التحقق من صحة الفروض ومدى اتساق النتائج مع نتائج الدراسات السابقة .

ثانيا 2) مناقشة نتائج الدراسة في ضوء تصور نظري مقترح لتفسير نتائج الدراسة .

3) مناقشة نتائج الدراسة في ضوء حدود تعميم نتائج الدراسة..

4) مناقشة نتائج الدراسة في ضوء ما يمكن أن تسفر عنه الدراسة الراهنة من أسئلة وفروض مستقبلية جديرة بالبحث والدراسة .

ثالثا إستخلاص عام لنتائج البحث .

ملخص الفصل.

خاتمة ومقترحات البحث.

تمهيد:

عرضنا في الفصول السابقة مشكلة الدراسة وأهميتها ومبررات إجرائها واضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية واستراتيجية تشخيصه والنماذج المفسرة له واستراتيجية علاجه، وتطرقنا لمتغيرات ومعالجةالمفاهيم المتعلقة بالعمليات المعرفية: الانتباه والتذكر والحالة النفسية المتمثلة في القلق، الوسواس القهري، الاكتئاب، الهيستيريا،الامراض النفسجسدية والمخاوف المرضية كما عرضنا في هذه الفصول السالفة الذكر بعض مستخلصات الدراسات السابقة في الموضوع.

وبعرض منهج الدراسة وإجراءاتها وعرض نتائجها يبقى لنا مناقشة تلك النتائج وما تتضمنه من دلالات نفسية.

القسم الأول: مناقشة نتائج الدراسة الوبائية

وتجدر الإشارة إلى ذكر بعض النقاط التي يجب على الباحث التركيز عليها وهو بصدد مناقشة نتائج الدراسة التي قام بها وهي كما يلي:

1) توضيح إلى أي مدى تجيب نتائج البحث عن الأسئلة المطروحة، ومناقشة ذلك في ضوء الدراسات السابقة المتعلقة بالموضوع والتي جاءت في هذا البحث موزعة على كل الفصول في الجانب النظري منه ولم تأت كفصل قائم بذاته. وعلى الباحث أن يبين أوجه الإتفاق الموجودة في نتائج بحثه مع نتائج الدراسات السابقة و أوجه الإختلاف بين نتائج البحث الحالية ونتائج الدراسات السابقة.وهكذا يمكن أن تتكامل نتائج البحث المتوصل إليها مع التراث المتراكم للمعرفة العلمية حول الموضوع، كما يمكن للباحث أن يفسر بعض هذه النتائج في إطار ثقافة المجتمع وظروفه إذا وجدت مبررات واضحة لذلك.

2) يجب أن ترتكز التفسيرات التي يقدمها الباحث على أسس منطقية وعلمية مقبولة وأن يعرض أوجه النظر التي تمثل الاحتمالات الممكنة للتفسير.

3) يجب أن يشير الباحث إلى حدود تعميم النتائج على الحالات أو الظروف التي أجريت فيها، ويرتبط هذا الأمر بمدى ضبط العوامل التي يمكن أن تؤثر في الصدق الخارجي والصدق التكويني للدراسة.

4) يجب أن يشير الباحث بإيجاز إلى إمكان الإفادة من النتائج من الوجهة النظرية أو التطبيقية [1].

ومن خلال ما قدمه القريشي يمكن مناقشة نتائج البحث في ضوء المحاور التالية:

- مدى تحقق صحة الفروض ومدى اتساق تلك النتائج مع نتائج الدراسات السابقة.
- التصور النظري الذي يمكن أن يفسر النتائج الراهنة.
- حدود تعميم نتائج الدراسة الراهنة.
- الفائدة التطبيقية للدراسة ومدى إسهامها في توجيه إعداد برنامج علاجي لمرضى اضطرابات الضغوط التالية للأحداث الصدمية.

1) مناقشة نتائج الدراسة في ضوء مدى تحقق صحة الفروض ومدى اتساق تلك النتائج مع نتائج الدراسات السابقة.

تبعا للأسئلة التي جاءت الدراسة للإجابة عنها والتحقق من صحة فروضها، نجد أن الفرض الأول للبحث يدور حول أكثر الأحداث الصدمية التي تعرض لها أو شاهدها التلاميذ وترتيبها وفق شدة الآثار المدركة والمتمثلة في الأبعاد الثلاثة للحدث الصدمي وهي(التهديد بالموت، الرعب، والعجز عن التصرف). واتضح من نتائج ترتيب الأحداث الصدمية أن الحدث الصدمي الطبيعي الزلزال هو أكثر الأحداث الصدمية انتشاراً لدى التلاميذ لأنه حدث صدمي وقع يوم 2003/5/21 وشعر به كثير من الناس من ولاية بومرداس والجزائر ومن الطبيعي أن تستجيب له فئة هامة من تلاميذ ولاية بومرداس، ولقد ترتبت هذه الأحداث الصدمية من خلال إجابة عدد من التلاميذ كما يلي:

---

[1] القريشي، عبد الفتاح، (2001)، تصميم البحوث في العلوم السلوكية القاهرة، دار القلم للنشر والتوزيع.ص.291ـ292.

كارثة طبيعية أجاب عنها(1962)،وفاة عزيز نتيجة قتل من طرف الإرهاب (781)، تفجير إرهابي (654)، هجوم مسلح (708)، وفاة عزيز نتيجة زلزال أو فيضانات(598)، كارثة طبيعية فيضان (596)، انهيار مسكن بسبب الزازال أو الفيضان وأنت فيه (478)، رؤية حادث مرعب(644)، فقد أحد من العائلة نتيجة عملية إرهابية (595)، الإعتداء بالضرب (556)، حادث خطير بالسيارة (768)، وفاة عزيز نتيجة حادث سيارة(367)، حادث آخر مؤلم(256)، سرقة (452)، تعرض للغرق(286)، حريق بالمنزل(245)، إعتداء جنسي(58)،الإختطاف أو محاولة الاختطاف (68)، حادث طائرة (56)، ضياع طفل أو فقدانه(56)، التعذيب(18).

وبصفة عامة نستطيع أن نستخلص مما سبق تحقق الفرضية الأولى للدراسة ومن الممكن في ضوئها أن نتوصل إلى بعض الاستنتاجات، إن الدراسة الراهنة اتفقت مع دراسة عبد الخالق وآخرون عام 2000 والتي رتبت الأحداث التي تعرض لها أو شاهدها أفراد الفئة التي بلغت ن= 6268، وقد احتل " العدوان العراقي" أعلى قائمة للأحداث الصدمية المطبقة في الدراسة ويليه الحدث الصدمي "فقدان الوطن"، وهو الحدث الصدمي الذي تعرض له الناس آنذاك، شأنه في ذلك شأن الزلزال الذي حدث عام 2003 والذي تعرض له وشاهده معظم أفراد عينة الدراسة والتي بلغت 97.75 بالمائة حيث تليه فيما بعد الأحداث الصدمية التي هي من صنع البشر، مثل وفاة عزيز نتيجة قتل من طرف الارهاب ، تفجير ارهابي، هجوم مسلح، ثم الاحداث الصدمية الطبيعية لتتوسط الترتيب تقريبا الأحداث المؤلمة الأخرى التي يمكن أن تحدث في مسار هذه الحياة، أما الأحداث الأخرى والتي شغلت أدنى القائمة حيث نلاحظ أنها تفتقد ميزة الفجاءة و أنها تؤثر على الفرد ولكنها قليلة الحدوث، مثل الاختطاف أو محاولة الاختطاف، حادث بالطائرة، التعذيب، فقد أشارت دراسة أسترالية قام بها **(Gordon &Wraith,1993)** إلى وجوب تصنيف الحدث الصدمي وفق صفاته الخاصة التي يمكن حصرها في ثمانية صفات:

1) يتجاوز الخبرة العادية ويقع خارج نطاق التوقعات المضادة.

2) يتولد عنه قدر هائل من الانفعالات التي قد تتضمن استجابات جسدية غير معتادة وتأثيرات سيكوفسيولوجية تترك آثارها على علاقات الفرد الاجتماعية.

3) يغير الافتراضات النفسية العادية المتمثلة في الأبنية القائمة لدى الفرد من قيم ومعتقدات ومعايير تجعل الفرد غير قادر على التنبؤ السليم.

4) يشوش توقعات الفرد عن المستقبل.

5) يخل بالأسس الثابتة للبناء النفسي في خضم الشك والريبة.

6) يخل بآليات التوافق الموجودة لدى الفرد.

7) يشوش وقد يقضي على امكانات الدفاع.

8) يعصف بما لدى الفرد من معاني ودلالات أنشأها عبر سنوات عمره(1).

أما عن فرضية الدراسة الثانية والتي مفادها اختلاف نسبة التلاميذ الذين تعرضوا أو شاهدوا الأحداث الصدمية حسب شدة تأثير الأبعاد الثلاثة للحدث الصدمي المطورة لـ**PTSD**، فقد كشفت نتائج الدراسة أن الأحداث الصدمية البشرية أخذت أكبر النسب مقارنة بالأحداث الصدمية الطبيعية، حيث سجل الحدث الصدمي "كارثة طبيعية زلزال" نسبة 97.95 % لتليها الأحداث الصدمية البشرية الأخرى،وسجل الحدث الصدمي "وفاة عزيز نتيجة قتل من طرف الإرهاب" 38.99 % وسجل الحدث الصدمي "حادث خطير بالسيارة" نسبة 38.34% ، كما سجل الحدث الصدمي "هجوم مسلح" 35.34 %،وسجل الحدث الصدمي" تفجير إرهابي" 32.65% ، والحدث الصدمي "رؤية حادث مرعب" 32.15.% أما الحدث الصدمي وفاة عزيز نتيجة زلزال" فسجل 29.85 % ، وسجل حدث "كارثة طبيعية فيضان" 29.75 %، وسجل "وفقد أحد من العائلة" 29.70 %، وسجل الحدث " الإعتداء بالضرب" 27.76 ، وسجل حدث "كارثة طبيعية فيضان" 29.75 % ، وسجل الحدث الصدمي "انهيار مسكن بسبب الزلزال أو فيضان وأنت فيه " 23.86%، أما الحدث الصدمي "سرقة" فسجل 22.57 % والحدث الصدمي "وفاة عزيز نتيجة حادث بالسيارة" 18.32 % وسجل الحدث الصدمي"التعرض للغرق" 14.28 % ،الحدث الصدمي "حادث أخر مؤلم" سجل 12.78 %. والحدث الصدمي "حريق بالمنزل"

---

(1) Gordon,RF & Wraith,R.(1993),Responses of children and Adolescents to disorders , in J.P. Wilson & B.Raphael(eds). International handbook of Traumatic stress syndromes , New York: Plenum Press. P.562-563.

12.23 %. أما الأحداث الصدمية الأخرى وهي الاختطاف، والإعتداء الجنسي، وحادث طائرة، ضياع طفل أو فقدانه ، التعذيب فقد سجلت 3.39 %، 2.89% ، 2.79 %، 2.79 %، 0.89 % على التوالي.

وبينت دراسة **(Kilpatrik, Edmonds& Seynour, 1992)** حيث بلغت العينة فيها 400 من المرضى بـ **PTSD** و128 من غير المرضى وقام فريق البحث بسؤال العينة عن تعرضهم للحوادث التالية: الاغتصاب، الاعتداء الجسدي، الجريمة العنيفة، مقتل أحد أفراد العائلة أو صديق مقرب، حوادث خطيرة، حوادث طبيعية أو بفعل البشر أو قتال عسكري وأظهرت النتائج أن أغلب العينة والتي قدرت بـ 86.4 % قد تعرضوا إلى واحدة على الأقل من تلك الأحداث الصدمية في حياتهم وهذا ما اتفقت معه نتائج الدراسة الحالية وهي تعرض نسبة هامة من التلاميذ إلى بعض الأحداث الصدمية مجتمعة سواء كانت أحداث صدمية طبيعية أو بشرية، ولكن نتائج الأخطار في دلالتها أن غالبية أفراد العينة وهم من التلاميذ الذين تتراوح أعمارهم بين 15ـ22 سنة، وإذا افترضنا أن أول صدمة كانت لديهم هي زلزال 2003، فإننا نستنتج أنهم قد تعرضوا لأول صدمة نفسية قبل بلوغهم سن 17 سنة وهذا بالنسبة للتلاميذ ذوي 22 سنة، أما بالنسبة لـ 21 سنة فإنهم تعرضوا لأول صدمة قبل بلوغهم 16 سنة بينما التلاميذ الذين بلغ عمرهم 20 سنة فقد تعرضوا لأول صدمة قبل بلوغهم 15 سنة، أما الذين يبلغون 19 سنة، فإنهم تعرضوا لأول صدمة قبل بلوغهم 14 سنة وهكذا فبالنسبة للتلاميذ الذين يبلغ عمرهم 18 سنة فإنهم تعرضوا لأول صدمة قبل بلوغهم 13 سنة، أما الذين يبلغون 17 سنة فإنهم قد تعرضوا لأول صدمة عندما كان عمرهم 12 سنة، أما الذين يبلغون 16 سنة فقد تعرضوا لأول صدمة عندما كان عمرهم 11 سنة، والذين يبلغ عمرهم 15 سنة فقد كان عمرهم 10 سنوات عند حدوث أول صدمة لديهم. علاوة على الأحداث الصدمية الأخرى مثل الأحداث الإرهابية الأخرى التي تعرض لها أفراد العينة وهم أطفالاً صغاراً، إذ أنه من المؤكد بحثياً أن التعرض المبكر للأحداث الصدمية يؤثر تأثيراً بالغاً على شخصية الأفراد وصحتهم النفسية(1).

(1) عبد الخالق، مرجع سبق ذكره، ص.45.

أما عن فرضية الدراسة الثالثة والتي مفادها وجود تأثير دال احصائيا لمتغير النوع في درجة الإحساس بالأثر السلبي للحدث الصدمي المطورلـ **PTSD** ، فقد كشفت نتائج الدراسة عن تحقق الفرضية الثالثة بشكل جزئي في بعض الأحداث الصدمية دون الأخرى. وإذا أردنا أن نعطي معنى ودلالة نفسية لهذه النتائج، فيمكن أن ننتهي إلى أن الفروق بين الذكور والإناث في درجة الإحساس بالأثر السلبي الخاص بالحدث الصدمي يعود للحدث الصدمي نفسه، فوجدنا أن هناك فروق بين الذكور والإناث في درجة الإحساس بالأحداث الصدمية التالية: حادث خطير بالسيارة، الزلزال، ، وفاة عزيز نتيجة حادث خطير بالسيارة، وفاة عزيز نتيجة قتل من طرف الإرهاب،التعرض للغرق تفجير إرهابي، السرقة، حادث آخر مؤلم، وهذا على بعد التهديد بالموت. وقد كانت النتائج لصالح الإناث في كل الأحداث الصدمية الا الاحداث الصدمية التالية:

"حادث خطير بالسيارة ،التعرض للغرق، والسرقة فقد كان لصالح الذكور، أما على بعد الرعب فقد بينت الدراسة أنه توجد دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في الأحداث الصدمية التالية: الإعتداء بالضرب، هجوم مسلح، ورؤية حادث مرعب، والإعتداء الجنسي، وانهيار مسكن بسب الزلزال أو فيضان وأنت فيه، الزلزال، الفيضان، حادث طائرة، وفاة عزيز نتيجة حادث سيارة،ووفاة نتيجة قتل من طرف الإرهاب، وفاة عزيز نتيجة الزلزال، والتعرض للغرق، وحريق بالمنزل، والتفجير الإرهابي، وفقد أحد من العائلة نتيجة عملية إرهابية، والسرقة. كانت النتائج لصالح الإناث إلا الأحداث الصدمية التالية: الإعتداء بالضرب ، انهيار مسكن بسبب زلزال أو فيضان وأنت فيه، ، التعرض للغرق، وفقد أحد من العائلة نتيجة عملية إرهابية. أما على بعد العجز عن التصرف، فإن نتائج الدراسة بينت أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في الأحداث الصدمية التالية: حادث خطير بالسيارة، الاختطاف،الهجوم المسلح، رؤية حادث مرعب، الإعتداء الجنسي، انهيار مسكن بسبب زلزال أوفيضان وأنت فيه،زلزال، فيضان،وفاة عزيز نتيجة حادث سيارة، وفاة عزيز نتيجة قتل من طرف الإرهاب، التعرض للغرق، التفجير الإرهابي، فقد أحد من العائلة نتيجة عملية إرهابية وكانت النتيجة لصالح الإناث ماعدا الأحداث الصدمية التالية: الاختطاف، حادث خطير بالسيارة، انهيار مسكن بسبب

الزازال أو الفيضان وأنت فيه ،وفاة عزيز نتيجة حادث سيارة، وفاة عزيز نتيجة قتل من طرف الإرهاب، فقد أحد من العائلة نتيجة عملية إرهابية.

أما فرضية البحث الرابعة والتي مفادها وجود تأثير للنوع في أعراض اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية حيث بينت نتائج الدراسة أنه ليس هناك دلالة لقيم ت على جميع الأبعاد المكونة لمقياس اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية، وهذا يدل على عدم وجود فروق جوهرية بين الذكور والإناث في مقدار الإحساس بأعراض اضطراب **PTSD**. وبالتالي عدم تحقق الفرضية الرابعة للدراسة. ولا تتفق النتائج مع ما أوردته بعض الدراسات مثل دراسة باتريك وباتريك**(Patrick & Patrick,1981)**، من أن الإناث غالبا ما يحتفظن بالآثار السلبية على المدى الطويل، وأن الذكور ربما لاحتكاكهم الكبير والمتنوع مع بيئتهم الإجتماعية والمهنية تشغلهم وتنسيهم وتتداخل آثار خبراتهم مع ما تعرضوا له من أحداث صدمية وتضعف بعضها بعضا. كما أن دراسة باينوس ونادر **(Paynoos & Nader,1993)** بينت أن دور الضحية يليق أكثر بالإناث ويملن إلى زيادة الاهتمام بمعاناتهن في حين يندمج الذكور في عملية عقلانية محاولين التماسك في مواجهة الأحداث الصدمية أو الصدمات النفسية خوفا من أن تؤثر في مفهوم الذات الذكوري لديهم[1].

كما أشارت أغلبية النتائج أن النساء أكثر استدخالاً للآثار المترتبة على الصدمة وأنهن يتعرضن لضغوط نفسية أكبر خاصة في ظروف العجز أو الضعف، وما تلقيه عليهن من أعباء نفسية واجتماعية ومالية، وإن كن "أكثر استقبالاً للدعم من طرف المجتمع، في حين كان الرجال أكثر قدرة على التغلب على تداعيات الصدمات النفسية أو أقل إظهاراً للأعراض المرضية. ولكن نتائج الدراسة الحالية لا تظهر تفوق معاناة المراهقات عن المراهقين وبالتالي لا تتفق مع الدراسات السابقة. وربما يعود السبب إلى الفترة الحاسمة التي تعانيها عينة البحث وتعيشها وهي فترة المراهقة أين يتشابه الذكور والإناث في معاناتهم من التعرض للأحداث الصدمية زيادة على أنهم يمرون بوقت أزمة، أي الانتقال من الطفولة إلى الرشد والتي تتميز بتحولات هامة، سواء كانت جسدية نفسية

---

(1) عبد الخالق،أحمد، 2000 مرجع سبق ذكره، ص.88.

فسيولوجية تقرب الطفل من الرجل أو المرأة على المستوى الجسدي، كما أن التعاقد الاجتماعي يبقيهما في الحالة الداخلية وتتميز المرحلة بحالة عدم استقرار والذي يمكن أن يظهر في أعراض غالباً ما تجتمع تحت تعبير"أزمة المراهقة" [1].

أما فرضية البحث الخامسة والتي مفادها وجود فروق بين المراهقين المبكرين والمراهقين المتأخرين في أعراض اضطراب **PTSD**، فقد دلت نتائج الدراسة الحالية على عدم وجود هذه الفروق بين النوعين وبالتالي لم تتحقق الفرضية الخامسة للبحث ولم تتوافق مع نتائج الدراسات السابقة، حيث تشير دراسة تايلور وفرازر **(Taylor&Frazer,1982)** إلى أن عمال الإنقاذ الأكبر سنا كانوا أقل تأثراً بالكوارث من زملائهم الأصغر سناً، كما أن اعتياد المناظر المكدرة والكارثية قد يؤهل الفرد لاكتساب فرصة تحصينية أكبر ضد الأحداث الصدمية. كما تشير دراسة هانسون وآخرون **(Hannson et al, 1982)** إلى أن الفيضانات المدمرة التي أتت على منطقة الكارثة وتكرارها والتقدم في السن كانت عوامل مشتركة زادت من حجم التأثر المرضي بوقوع الحدث الصدمي الفيضان، كما أشارت دراسة وآخرون **(Glasser et al,1981)** والتي تهدف لتحديد أي الأعمار تكون أكثر تأثراً بحجم الكارثة، فأتت النتائج لتبين أن أقصى قدر من التأثر كان لصالح الأفراد الذين يبلغون من العمر 25ـ54 سنة في حين انخفض هذا التأثر لدى الأفراد دون الخامسة والعشرين وفوق الرابعة والخمسين، ويمكن أن نفسر تلك النتيجة بأن الكارثة التي تنال توقعات المستقبل بالنسبة لهذا العمر يكون أكثر حجما وأكثر تأثيراً من غيره فصغار السن مازال أمامهم فرص التعويض، أما بالنسبة للأطفال وصغار السن من الشباب، فقد أظهرت الدراسات تناقضاً واضحاً في نتائجها، في حين أشارت بعض النتائج إلى اختلاف في أثر الكوارث الإجتماعية أو الطبيعية على الأطفال والمراهقين بينما انتهت نتائج أخرى إلى أن الأطفال الأكثر تأثراً يقع سنهم بين الثامنة والرابعة عشرة وأن الاختلاف الأكبر يمكن أن ينسبه إلى مقاييس التشخيص أو تحديد موقع الاضطرابات[2].

---

(1) Coslin, P, J,(2003), Les conduites à Risque à l’adolescence, Paris, Armond Colin,P.7.

(2) عبد الخالق أحمد، 2000 ، الاضطرابات التالية للأحداث الصدمية . مرجع سبق ذكره، ص.21.

أما فرض البحث السادس والذي مفاده وجود تأثير دال إحصائياً بين شدة اضطراب الضغوط التالية للصدمة والحالة النفسية للتلاميذ،فقد أوضحت نتائج الدراسة أن هناك فروق دالة إحصائياً بين شدة اضطراب **PTSD** والحالة النفسية للتلاميذ ومعناه تحقق الفرض السادس للبحث ، حيث هناك فروق لصالح مرتفعي اضطراب **PTSD** في ارتفاع درجات اضطرابات القلق، والوسواس القهري والاكتئاب، أما الهستيريا والمخاوف المرضية والأمراض النفسجسدية فلم تسجل فروق دالة إحصائياً مع شدة اضطراب **PTSD.** فقد اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع بعض نتائج الدراسات السابقة حيث أوضحت أن النزلاء الذين كانوا بمعسكرات الاعتقال النازية بعد تحريرهم لفترة تتراوح بين اثنتي عشرة سنة إلى خمس وعشرين سنة وحتى بعد هذه الفترة الطويلة، فإن القلق كان يزعج تقريباً نصف العدد الباقي على قيد الحياة، بينما كان النصف الآخر يعاني مشكلات من بينها الاكتئاب والوسواس القهري[1].

كما بينت دراسة جليسر وآخرين بناء على التقارير والدراسات الإكلينيكية للأحداث الصدمية، فقد تحصل الناجون من الكارثة على درجات مرتفعة في مقاييس القلق والاكتئاب وذلك بالمقارنة مع مجموعة ضابطة من الأشخاص الذين عاشوا في مكان أخر[2].

وتشير دراسة أدمز وأدمز **(Adams & Adams,1984)** إثر دراسة ميدانية لثورة بركان قمة سانت هيلين إلى أن الضغوط الشديدة يمكن أن تنتج اضطرابات نفسية مثل حالات المرض العقلي ، الأمراض النفسجسمية، كما استنتج الباحثان أن هذه الكارثة قد فاقمت من معدلات الأمراض العضوية والسيكوسوماتية والمشكلات المرتبطة بتعاطي الكحول والعدوان والعنف[3].

أما فرض البحث السابع والذي مفاده وجود فروق دالة إحصائياً بين المصدومين من طرف البشر في شدة اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية والمصدومين من

---

(1) عبد الخالق أحمد، 2000، الدراسة التطورية للقلق. مرجع سبق ذكره، ص.96.

(2) عبد الخالق أحمد،1998الصدمة النفسية مع إشارة خاصة إلى العدوان العراقي على دولة الكويت،مرجع سبق ذكره. ص.248.

(3) المرجع السابق، ص.253.

طرف الطبيعة، فقد بينت نتائج الدراسة الراهنة تحقق فرض الدراسة، وأن هناك فروق دالة إحصائياً بين المصدومين من طرف الطبيعة والمصدومين من طرف البشر حيث كانت نتائج اختبار PTSD للمصدومين من طرف الطبيعة أقل مقارنةً بنتائج المصدومين من طرف البشرحيث سجلت درجة المصدومين بالحدث الصدمي الزلزال والفيضان أقل المتوسطات مقارنة بالمصدومين من طرف الأحداث الصدمية المتسبب فيها الانسان. وتتفق نتائج الدراسة مع الدراسات السابقة حيث تشير دراسة ديفيدسون وآخرين **(Davidson et al, 1986)** أن الأحداث الصدمية التي تفرز اضطرابات نفسية لدى الأفراد عادة ما تكون أحداث صدمية ذات مصدر بشري، والدليل على ذلك الدراسات الأولى التي تعلقت بآثار الحروب، وأن ما يسببه البشر يكون أكثر عمقا في تأثيره مما تسببه كوارث الطبيعة، ويوضح تراث البحث في هذا المجال أن هناك اختلافاً بين الآثار الاضطرابية التي تخلفها كوارث الطبيعة وبين الآثار الاضطرابية التي تنتجها الأحداث الصدمية المتسبب فيها الانسان. فبينما تكون الأحداث الصدمية الطبيعية مرتبطة بمصدرها المؤقت وبزمنها المعاش فإن الأحداث الصدمية البشرية مصدرها دائم وآثارها ممتدة ومن ثم تخلق أعراضاً مزمنة[1].

كما تبين جرين وسولمان **(Green & Solman,1995)** أن هناك تداخل كبير بين الكوارث الطبيعية وبين أفعال البشر، حيث أن كارثية الأحداث الصدمية الطبيعية ترتبط باهمال البشر، ويميل الباحثين إلى التمييز بين النوعين من الأحداث الصدمية، حيث يعود الاختلاف إلى قدرة الأفراد في منع الكارثة أو التحكم فيها، حيث تنسب كوارث الطبيعة إلى القضاء والقدر فلا يستطيع الفرد منعها ولكن الأحداث الصدمية البشرية تنسب إلى الانسان[2].

أما عن فرضية البحث الثامنة، والتي مفادها وجود فروق دالة إحصائيا بين المصابين وغير المصابين باضطراب **PTSD** في كفاءة الآداء على اختبارات الانتباه والتذكر والحالة النفسية، وقد دلت نتائج البحث أن هناك فروق دالة إحصائياً بين المصابين

---

(1) عبد الخالق أحمد وآخرون2000، مرجع سبق ذكره، ص.30ـ31.

(2) نفس المرجع السابق. ص. 33.

وغير المصابين باضطراب **PTSD** في كفاءة الأداء على اختبارات الانتباه والتذكر والحالة النفسية، وقد تحققت فرضة البحث الثامنة ، وقد أبدى المصابون باضطراب **PTSD** كفاءة ضئيلة مقارنة بغير المصابين بنفس الاضطراب على اختبارات العمليات المعرفية والحالة النفسية ماعدا اختبار إعادة الإنتاج البصري واختبار سعة الحروف اللذين جاءت كفاءة الأداء عندهما غير دالة إحصائياً، وعندما نتأمل هذه النتيجة ونحاول مناقشتها نجد أنها تتوافق مع نتائج الدراسات السابقة التي تشير إلى أن الأفرد الذين يعانون من أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة يعانون كذلك من انخفاض أداء بعض الوظائف المعرفية لديهم خاصة الانتباه والذاكرة كما يعانون من بعض الاضطرابات الانفعالية مثل القلق والمخاوف المرضية والاكتئاب والوسواس القهري والأمراض السيكوسوماتية والهستيريا، أما عن عدم وجود فروق بين المرضى وغير المرضى بالـ **PTSD** في اختبار إعادة الانتاج البصري ، فقد بينت دراسة ستاندنج **Standing** أن الأشخاص يستطيعون أن يختزنوا الصور في مستوى التذكر الطويل بكفاءة أكبر من اختزان الكلمات المقروءة أو المسموعة، إذ استطاع بعض المبحوثين أن يميزوا بوضوح 90% من بين 1000 صورة مرئية على حين ميزوا فقط 62 % من بين 1000 كلمة مكتوبة[1].

أما فرض البحث التاسع والذي مفاده وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث المصابين باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة في كفاءة الأداء على اختبارات الانتباه والتذكر والحالة النفسية للتلاميذ فقد دلت نتائج الدراسة على أن هناك فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث في كفاءة الأداء على اختبار إعادة الانتاج البصري 13.98 مقابل 11.80 فيما يتعلق باختبارات التذكر لصالح الذكور وعلى اضطراب الهستيريا فيما يتعلق باختبار الحالة النفسية ،فكانت اتجاهات الفروق لصالح الإناث9.10 مقابل 5.45، أما الاختبارات الأخرى فلا يوجد اختلاف بين الذكور والإناث في أدائها بتوفر المرض، وعليه فقد أوضحت النتائج تفوق الذكور مرة والإناث مرة أخرى، ويتضح أن النتائج

---

[1] محمد سمير محمود 2004. تأثير المعالجة الرقمية لعناصر الشكل المرئي للصحيفة على انتباه وتذكر القراء للأخبار في إطار نظرية تمثيل المعلومات. دراسة تحليلية لقسم الصحافة. كلية الإعلام بجامعة القاهرة. رسـالة دكتـوراة.كليـة الأداب جامعة القاهرة. غير منشورة.ص.93.

جاءت متناقضة مع نتائج الدراسات السابقة حيث لاحظنا أن جزء كبير من نتائج الاختبارات لم يدل على وجود فروق بين النوعين في الأداءات المعرفية"الانتباه والتذكر" والحالة النفسية أي عدم وجود فروق في اضطرابات القلق، الوسواس القهري، المخاوف المرضية، الأمراض النفسجسدية، الهستيريا والاكتئاب.

و لا تتفق هذه النتائج مع نتائج الدراسات السابقة التي ترجع النتيجة الرئيسية لتأثير متغير النوع على القدرات المعرفية والحالة النفسية إلى القاعدة الفسيولوجية لكل من الإناث والذكور، حيث افترض بعض الباحثين أن الفروق في العلاقة بين الخلايا العصبية المثبطة والمفرزة للأسيتيل كولين، وهذه الخلايا بدورها حساسة للهرمونات الجنسية ويمكننا القول أنه ربما يمر الذكور والإناث في هذه المرحلة" مرحلة المراهقة بتغيرات فسيولوجية لا تسمح للقاعدة الفسيولوجية أو الخلفية الفسيولوجية سالفة الذكر أن تعمل بنفس النظام الذي اعتادت عليه في مراحل نموأخرى سابقة أو لاحقة.

أما فرض البحث العاشر والذي مفاده وجود فروق دالة إحصائياً بين المراهقين والمراهقين المتأخرين المصابين باضطراب PTSD في كفاءة الأداء على اختبارات الانتباه والتذكر والحالة النفسية فقد دلت نتائج الدراسة أنه لا يوجد فروق دالة إحصائيا بين المراهقين والمراهقين المتأخرين في كفاءة الأداء على اختبارات العمليات المعرفية والحالة النفسية إلا اختبار سعة الأرقام الذي توجد فيه فروق بين المراهقين والمراهقين المتأخرين في كفاءة الأداء عليه. أما الاكتئاب فتوجد فيه فروق دالة إحصائياً في كفاءة الأداء على اختبارات الحالة النفسية أي أن المراهقين المبكرين والمتأخرين والذين يبلغون من العمر 15ـ18 سنة و19ـ22 سنة لا يختلفون في أدائهم على كل من الاختبارات المعرفية والحالة النفسية إلا في اختبار سعة الأرقام أين تفوق المراهقون ذووا 15ـ18 سنة على المراهقين ذوي 19ـ22 سنة، حيث بلغت درجة اختبار سعة الأرقام لديهم 2,80 و 2,50على الترتيب. أما الاكتئاب فبلغت درجته عند الفئة ذات 15ـ18 سنة 10.70 بينما بلغت عند الفئة الثانية ذات 19ـ22 سنة درجة 8.10 حيث دلت دراسة شوكي وآخرين (Choquet et al, 1995) أن الاكتئاب كثيراً ما يميز فترة المراهقة حيث ينتشر مع

الاضطرابات الميزاجية أكثر لدى المراهقين بنسبة 22.5 لدى الإناث، ونسبة 7.5 لدى الذكور[1].

كما أشارت دراسة أخرى أن المراهق ذي السن 14ـ17 يتجه كثيراً إلى الأقران[2]. وربما هذا الذي لا يجعله مكتئباً كثيراً عكس المراهق ذي السن أكثر من 17 سنة الذي ينعزل كثيراً ويضع حدود مع جماعة الأقران وهذا ما قد يفسر أن الاكتئاب يكون أكبر عند الفئة الاولى 15 -18من المراهقين.

القسم الثاني: مناقشة نتائج الدراسة الإكلينيكية

رأينا عرض لـ25 حالة، واختلفت الأحداث الصدمية التي تعرضوا لها، فهناك الحدث الصدمي الزلزال الذي كان سببا في اضطراب PTSD لدى اثني عشر تلميذ من مجموعة البحث. ونلخص في الجدول التالي نتائج المقابلة المقننة في أبعادها الكمية.

(1) Braconnier, A, Margelli,(1998), OP. cit, P.205.

(2) peters,J,(1997) les adolescents difficiles et leurs parents.traduit du neerlandais, marie jose ghellink, Paris, de Boeck- Berlin.p. 104.

جدول رقم (7ـ 1)

يبين درجات تقدير الحدث الصدمي وسلم التقدير العيادي وشدة اضطراب PTSD ونتائج اختبارات الحالة النفسية والوظائف المعرفية للحدث الصدمي "الزلزال".

الحالة	تقدير الصدمة	سلم التقدير العيادي	شدة اضطراب PTSD	الحالة النفسية						اختبارات الوظائف المعرفية									
				القلق	المخاوف المرضية	الوسواس القهري	الاضطرابات السيكوسماتية	الاكتئاب	الهستيريا	شطب الحروف	شطب الأرقام	إعادة الحروف	إعادة الأرقام	إعادة الإنتاج البصري	الألوان	التعرف على الوجوه	التعرف على الكلمات	القصة القصيرة	الذاكرة المسية
نورة	16	63	135	6	7	11	9	7	6	22	16	3	2	11	7	7	9	5	17
إيدير	15	46	167	13	7	7	6	9	13	29	14	3	3	11	8	9	15	10	20
سمير	12	50	158	11	10	13	5	10	3	20	11	2	2	12	6	7	9	3	16
زكريا	13	49	168	12	11	14	4	8	4	21	19	3	3	10	9	12	15	5	18
مليكة	18	53	202	8	10	11	8	8	11	13	13	2	2	10	7	8	11	4	14
ويزة	14	53	179	12	10	12	5	10	4	26	14	2	2	9	7	7	10	4	18
حياة	17	52	173	12	11	14	4	8	4	16	7	2	1	9	7	5	4	3	15
سامية	14	41	169	12	8	5	4	8	4	39	21	5	4	13	9	12	20	5	23
نبيلة	17	60	170	13	10	12	8	12	6	20	13	3	2	12	7	5	12	3	15
أمين	12	50	174	9	10	10	7	7	9	11	14	2	2	8	10	7	10	9	19
كمال	15	35	160	11	7	6	10	11	6	10	14	2	2	11	8	7	14	5	16
محمد	15	62	172	6	6	9	6	9	7	11	18	4	3	12	6	7	16	7	22

من خلال المقابلات المقننة التي أجريناها مع الحالات المصابة باضطراب **PTSD** المتسبب فيه الحدث الصدمي "**الزلزال**"، فقد لاحظنا أن كل التلاميذ الذين تعرضوا للزلزال لم يدركوا أنه زلزال منذ الوهلة الأولى من حدوثه، ولكنهم أدركوا ذلك بعدما رأوا الناس في الخارج

وسمعوا أنه زلزال، حيث ارتبط إدراكهم أول الأمر بتفجير قنابل، اعتداء استعماري بالطائرات، القيامة.......... الخ

وكلها تصورات وادراكات ارتبطت بالسنوات الحمراء التي عاشها الجزائريون وتركت تداعياتها بمرور الزمن على أذهان وتصورات ومشاعر التلاميذ المراهقين بعد حدوث الزلزال والذين كانوا أطفالاً صغاراً أثناء سنوات الأحداث الصدمية البشرية"**الإرهاب**" حيث لم يكن يتعدى سن أكبر فرد من أفراد مجموعة البحث السابعة وأصغر فرد من أفرادها لا يتعدى السنة من عمره مع العلم بأننا أخذنا بداية الأحداث الصدميةالبشرية عام 1992.

ومن ملاحظة الجدول رقم (7ـ1) نستنتج أن تقدير الصدمة عن طريق المقابلة المقننة والذي تمثل في درجة الحدث الصدمي ودرجة سلم التقدير العيادي للزلزال، حيث أن الدرجات المتحصل عليها توافقت وشدة درجات قياس اضطراب **PTSD** من خلال احتبار اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية الذي أعدته الباحثة، حيث لا حظنا أنه عندما تكون درجة تقدير الحدث الصدمي مر تفعةً، تكون كذلك درجة سلم التقدير العيادي وشدة اضطراب **PTSD** مرتفعة ايضا. وهذا يدل على اتفاق نتائج الدراسة الوبائية مع نتائج الدراسة العيادية إلى حد ما، كما نستنتج أن أكثر الأحداث الصدمية انتشاراً والتي شعر بها التلاميذ هو الحدث الصدمي الزلزال من خلال الدراسة العيادية، حيث لدينا 12 حالة من بين 25 حالة بنسبة 48 %، حيث كان سبب الإصابة فيها باضطراب **PTSD** هو الزلزال، وبالتالي يتحقق فرض البحث الأول كذلك من خلال الدراسة العيادية.

جدول رقم (7ـ2).

يبين درجات تقدير الحدث الصدمي وسلم التقدير العيادي وشدة اضطراب PTSD ونتائج اختبارات الحالة النفسية والوظائف المعرفية للحدث الصدمي "عدم النجاح في شهادة البكالوريا".

الحالـــــــة	تقديرالصدمـــة	سلم التقدير العيادي	شدة اضطرابPTSD	الحالة النفسية						اختبارات الوظائف المعرفية									
				القلق	المخاوف المرضية	الوسواس القهري	الاضطرابات السيكوسوماتية	الاكتئاب	الهستيريا	شطب الحروف	شطب الأرقام	إعادة الحروف	إعادة الأرقام	إعادة الإنتاج البصري	الألوان	التعرف على الوجوه	التعرف على الكلمات	القصة القصيرة	الذاكرة المسية
سهام	15	53	165	13	11	12	4	12	6	28	18	6	3	13	9	12	20	10	22
فتيحة	14	52	151	8	5	9	13	7	5	30	14	3	3	11	7	7	13	7	18
ابتسام	15	58	167	11	5	11	6	10	7	30	14	3	3	11	7	7	13	8	17

من ملاحظة الجدول رقم (7ـ2) نستنتج أن تقدير الصدمة عن طريق المقابلة المقننة والذي تجسد من خلال درجتي الحدث الصدمي وسلم التقدير العيادي حيث اتفقت الدرجات المتحصل عليها من خلال درجات اختبار **PTSD** (الدراسة الوبائية)، والمقابلة المقننة (الدراسة العيادية)، وهذا يدل على أن الدراسة العيادية أكدت بعض نتائج الدراسة الوبائية.

كما نستنتج أن هناك أيضا بعض الأحداث الصدمية الأخرى المؤلمة والتي لم تكون على قائمة الأحداث الصدمية المقدمة للتلاميذ من بينها عدم النجاح في البكالوريا، والذي يمكن أن يشكل حدثا صدمياً قد يؤدي إلى الإصابة باضطراب **PTSD** ـ حيث لاحظنا أن هناك ثلاث حالات من بين 25 حالة أجابت على ذلك بنسبة تقدر بـ 12 %.

جدول رقم (7ـ3).

يبين درجات تقدير الحدث الصدمي وسلم التقدير العيادي وشدة اضطراب PTSD ونتائج اختبارات الحالة النفسية والوظائف المعرفية للحدث الصدمي "وفاة عزيز نتيجة قتل من طرف الإرهاب أو مرض".

الحالـــــــــة	تقديرالصدمـــــة	سلم التقدير العيادي	شدة اضطرابPTSD	الحالة النفسية						اختبارات الوظائف المعرفية									
				القلق	المخاوف المرضية	الوسواس القهري	الاضطرابات	الاكتئاب	الهستيريا	شطب الحروف	شطب الأرقام	إعادة الحروف	إعادة الأرقام	إعادة الإنتاج البصري	الألوان	التعرف على الوجوه	التعرف على الكلمات	القصة القصيرة	الذاكرة المسية
كهينة	25	54	229	14	9	8	8	13	5	11	8	1	1	6	6	7	4	3	12
فاطمة	18	42	179	8	7	6	10	11	5	16	4	2	2	10	7	7	12	5	18
مراد	19	50	174	13	7	7	10	11	4	23	10	3	2	12	9	10	12	6	18
يوسف	20	58	201	10	4	8	5	11	2	25	12	2	2	11	7	8	13	4	18
نرمين	15	49	155	11	7	9	3	10	9	20	14	6	4	13	9	12	14	5	19
حنان	17	62	204	13	13	11	5	13	13	17	20	3	3	12	7	8	12	5	15

من ملاحظة الجدول رقم (7ـ3) نستنتج أن تقدير الصدمة عن طريق المقابلة المقننة والذي تجسد من خلال درجتي الحدث الصدمي وسلم التقدير العيادي، حيث اتفقت الدرجات المتحصل عليها من خلال اختبار **PTSD** والمطبق في الدراسة الوبائية مع نتائج المقابلة المقننة المطبقة في الدراسة العيادية وهذا يدل على أن نتائج الدراسة العيادية جاءت كذلك لتؤكد النتائج التي توصلت إليها الدراسة الوبائية. ونستنتج كذلك أن الحدث الصدمي المتمثل في وفاة عزيز نتيجة قتل من طرف الإرهاب أو مرض " سجل لدى ستة حالات من بين 25 حالة من الدراسة العيادية بنسبة 24 % ، وهذا يتفق مع نتائج ترتيب الأحداث الصدمية الأكثر انتشاراً لدى عينة البحث في الدراسة الوبائية.

جدول رقم (7ـ4)

يبين درجات تقدير الحدث الصدمي وسلم التقدير العيادي وشدة اضطراب PTSD ونتائج اختبارات الحالة النفسية والوظائف المعرفية للحدث الصدمي "الاختطاف من طرف الارهاب".

الحالـــــــــــة	تقديرالصدمـــــة	سلم التقدير العيادي	شدة اضطرابPTSD	الحالة النفسية						اختبارات الوظائف المعرفية									
				القلق	المخاوف المرضية	الوسواس القهري	الاضطرابات	الاكتئاب	الهستيريا	شطب الحروف	شطب الأرقام	إعادة الحروف	إعادة الأرقام	إعادة الإنتاج البصري	الألوان	التعرف على الوجوه	التعرف على الكلمات	القصة القصيرة	الذاكرة المسية
لمياء	19	42	163	12	7	7	5	12	4	22	17	3	2	11	8	9	15	4	7

جدول رقم (7ـ5)

يبين درجات تقدير الحدث الصدمي وسلم التقدير العيادي وشدة اضطراب PTSD ونتائج اختبارات الحالة النفسية والوظائف المعرفية للحدث الصدمي "حادث خطير بالسيارة".

الحالـــــــــــة	تقديرالصدمـــــة	سلم التقدير العيادي	شدة اضطرابPTSD	الحالة النفسية						اختبارات الوظائف المعرفية									
				القلق	المخاوف المرضية	الوسواس القهري	الاضطرابات	الاكتئاب	الهستيريا	شطب الحروف	شطب الأرقام	إعادة الحروف	إعادة الأرقام	إعادة الإنتاج	الألوان	التعرف على الوجوه	التعرف على الكلمات	القصة القصيرة	الذاكرة المسية
سارة	20	50	160	13	11	10	13	11	10	25	17	3	4	13	8	9	14	4	16

جدول رقم (7ـ 6)

يبين درجات تقدير الحدث الصدمي وسلم التقدير العيادي وشدة اضطراب PTSD ونتائج اختبارات الحالة النفسية والوظائف المعرفية للحدث الصدمي "الخوف من كلب".

الحالـــــــــــة	تقدير الصدمــــة	سلم التقدير العيادي	شدة اضطراب PTSD	الحالة النفسية						اختبارات الوظائف المعرفية									
				القلق	المخاوف المرضية	الوسواس القهري	الاضطرابات	الاكتئاب	الهستيريا	شطب الحروف	شطب الأرقام	إعادة الحروف	إعادة الأرقام	إعادة الإنتاج البصري	الألوان	التعرف على الوجوه	التعرف على الكلمات	القصة القصيرة	الذاكرة المسية
علي	20	55	193	13	14	12	8	7	4	23	11	2	3	13	6	7	8	3	23

جدول رقم (7ـ 7)

يبين درجات تقدير الحدث الصدمي وسلم التقدير العيادي وشدة اضطراب PTSD ونتائج اختبارات الحالة النفسية والوظائف المعرفية للحدث الصدمي "صدمة فراق وانقطاع علاقة حب".

الحالـــــــــــة	تقدير الصدمــــة	سلم التقدير العيادي	شدة اضطراب PTSD	الحالة النفسية						اختبارات الوظائف المعرفية									
				القلق	المخاوف المرضية	الوسواس القهري	الاضطرابات	الاكتئاب	الهستيريا	شطب الحروف	شطب الأرقام	إعادة الحروف	إعادة الأرقام	إعادة الإنتاج البصري	الألوان	التعرف على الوجوه	التعرف على الكلمات	القصة القصيرة	الذاكرة المسية
نسيمة	17	58	186	13	6	12	10	6	4	7	12	2	1	11	8	6	7	4	15

من ملاحظة الجداول رقم (7ـ 4)، (7ـ 5)، (7ـ 6)،(7ـ 7) ، نستنتج كذلك أن تقدير الصدمة عن طريق المقابلة المقننة الذي تجسد في درجة الحدث الصدمي ودرجة سلم التقدير العيادي، حيث نلاحظ أنه عندما تكون درجتي تقدير الحدث الصدمي وسلم التقدير العيادي مرتفعتان، تكون درجة شدة اضطراب **PTSD** مرتفعة كذلك. وهذا يدل

على اتفاق نتائج الدراسة العيادية مع نتائج الدراسة الوبائية. كما نستنتج أن الأحداث الصدمية التالية وهي "الاختطاف من طرف الإرهاب" ، "حادث خطير بالسيارة"، حيث سجلت حالة واحدة من بين 25 حالة بنسبة 4% وهذا يدل على أن انتشار الأحداث الصدمية التي جاءت به الدراسة العيادية يتفق كذلك مع نتائج الدراسة الوبائية إلى حد ما.

2) مناقشة النتائج في ضوء التصور النظري الذي يمكن أن يفسر النتائج الراهنة

نحاول أن نتطرق لتفسير النتائج المتحصل عليها في البحث الراهن من خلال ما جاء في الأطر والنماذج النظرية التي فسرت اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية حيث تبنينا النموذج التكاملي الذي يقضي بوجود عدة عوامل تشارك في حدوث اضطراب **PTSD** وهي على النحو التالي:

1) المتغيرات الشخصية ويتضمن الدوافع والسمات والمعتقدات والقيم والقدرات والأبنية المعرفية والأساليب الدفاعية وأساليب المواجهة.

2) المتغيرات البيئية والموقفية وتتضمن:

ـ أبعاد الخبرات الصدمية: درجة تهديد الحياة (بعد من أبعاد الحدث الصدمي المدروس)، احتمال الخطر، فقد أشخاص، موقع الصدمة.

ـ خبرة الصدمة: فردية أو جماعية.

ـ تركيب الصدمة: الهجوم المسلح، تفجيرات إرهابية، قتل إرهابي، حادث خطير بالسيارة........

ـ بيئة ما بعد الصدمة: ما يتوفر في المجتمع من دعم وتكافل للضحايا.

حيث يستجيب الفرد إزاء الحدث الصدمي بالتغير في النشاط الغدي والكيميائي العصبي ويستجيب أيضا باستجابات معرفية سواء كانت فورية أو بعيدة المدى، ويدل ذلك على وجود أساليب مميزة لمعالجة المعلومات أو في فهم ما حدث وتتضمن إدراك الأحداث الصدمية وتقديرها وعزو أسبابها وتكوين معرفي للسلوك، وقد تكون استجابة الفرد المصدوم من خلال المواجهة الإنفعالية أو الوسيلية أو إعادة البناء المعرفي السلبي أو الإيجابي أو استعادة التوازن، وهكذا يمكن أن تكون بيئة ما بعد الصدمة إما مساعدة في

تخفيف ما بعد الصدمة حيث مستوى التكافل الإجتماعي والإقتصادي والشخصي يتوفر فيها بشكل واضح إلى حد اعتباره "غشاء الصدمة" وتكون فاعلية معالجة أثار الصدمة النفسية في الحياة المتوقعة على حسب مستوى فرص الدعم والتكافل بعد الحدث الصدمي.

وعلى هذا يمكننا طرح تصور نظري يقترح تفسيرا لاضطراب الضغوط للأحداث الصدمية وآثاره على الوظائف المعرفية "الانتباه والذاكرة" والحالة النفسية موضع الدراسة مرتكزاً على النماذج النظرية المقدمة سابقاً حيث أن الاضطراب لدى الذكور والإناث المراهقين في سن 15 إلى 18 سنة مراهقة مبكرة و 19 ـ 22 مراهقة متأخرة قد يؤثر على الوظائف المعرفية للانتباه والذاكرة والحالة النفسية للمصدوم،التي قدرت من خلال مجموعة الاختبارات التي تقيس العمليات المعرفية مثل الانتباه والذاكرة واختبار الحالة النفسية باضطراباته الستة: القلق، والمخاوف المرضية، والوسواس القهري، والأمراض السيكوسوماتية، والاكتئاب، والهستيريا.

ويمكن أن يقدم هذا النموذج مجموعة من العلاقات بين المتغيرات المستقلة (اضطراب **PTSD** ،النوع ،السن) بما تتضمنه من مميزات تتعلق بالاضطراب كشدته ودرجة الحدث الصدمي الذي نتج عنه الاضطراب، وكذلك المميزات الشخصية للأفراد، ونوع التنشئة الاجتماعية التي ساهمت في تشكيل سلوك الذكر والأنثى وما يحمله كل منهما من اتجاهات واعتقادات وقيم تتباين لدى كل منهما عن الآخر وتؤثر في إدراكهم للحدث الصدمي الذي تعرضوا له أو شاهدوه وكذلك سن كل منهما وأهميته في المعالجة المعرفية للحدث الصدمي والقدرة على مواجهته والتغلب على آثاره تبعا للمعارف والإدراكات المتراكمة لدى الفرد المصدوم عبر المراحل العمرية التي مر بها.

كما يمكن أن يقدم هذا النموذج مجموعة من العلاقات بين المتغيرات المستقلة على العمليات المعرفية والحالة النفسية للتلاميذ، حيث يؤثر اضطراب **PTSD** بما يتضمنه من آثار سلبية على الجوانب المعرفية وكذلك على المعالجة المعرفية للمعلومات وعلى الجوانب الوجدانية المتمثلة في الاضطرابات الانفعالية (القلق، الوسواس القهري، الاكتئاب) والمصاحبة للإصابة بالاضطراب، كما يؤثر مصدر الحدث الصدمي على شدة أعراض الاضطراب وما

يؤدي إليه من أمراض نفسية تؤثر على الفرد وكذلك العوامل الوجدانية والإنفعالية لدى الذكور والإناث المراهقين وتأثيرها على الآداءات المعرفية.

كما يمكن أن يقدم هذا النموذج بعض العلاقات المتبادلة بين المتغيرات التابعة موضع الدراسة حيث تتأثر المتغيرات التابعة في هذا البحث ببعضها البعض، فالإنتباه كعملية معرفية هو مؤثر أساسي في كفاءة الوظائف المعرفية التي تليه، فدراسة إيمان طه عبد الحليم عن الارتباط الإيجابي بين وظيفتي الانتباه والتفكير التجريدي توصلت إلى أنه كلما ارتفع مستوى الانتباه لدى الفرد، ارتفعت كفاءة الفرد في القدرة على التفكير التجريدي[1]. إن الوظائف المعرفية تتفاعل لتكون النتاج المعرفي للفرد وكذلك هناك ارتباط ما بين العمليات المعرفية (التفكير السلبي) قد يؤدي إلى حالة نفسية سلبية والإصابة بالاضطرابات النفسية خاصة الإكتئاب والقلق.

وأخيراً لابد أن نشير إلى أن قدرة الفرد على الحفاظ على حالته النفسية بصورة إيجابية تتحدد في ظل ظروف التفاعل بين الجانب المعرفي والمميزات الشخصية للفرد، حيث أن حكم الفرد وتقييمه للحدث الصدمي قد يتأثر بكل من المميزات الشخصية له وطبيعة الحدث الصدمي في حد ذاته، ورد الفعل اتجاه الحدث.

ويتضح من كل ما سبق أننا بصدد نموذج يقترح تفاعل بين عدة متغيرات نفسية تتداخل معاً في علاقات ترابط بكيفية تسمح للمختص النفسي من عملية التنبؤ وبالتالي التدخل للوقاية قبل كل شيء أي قبل التدخل العلاجي.

3) مناقشة النتائج في ضوء حدود تعميم نتائج الدراسة الراهنة

طبقت الدراسة الحالية على فئة واحدة من فئات المصدومين وهي فئة المراهقين (15ـ22) سنة وهذا ما يجعل من الواجب أخذ هذا العامل بعين الاعتبار عند تعميم النتائج على الفئات الأخرى من المصابين باضطراب PTSD لأنه قد تختلف نتائج الدراسة الحالية مع الأطفال والراشدين كما أن النتائج المتحصل عليها في هذه الدراسة توقفت على اختبارات محددة مثل قائمة الأحداث الصدمية واختبار اضطراب الضغوط التالية للصدمة

[1] عبد الحليم إيمان، 2004، مرجع سبق ذكره، ص.181.

PTSD واختبارات العمليات المعرفية واختبار الحالة النفسية ولايمكن تعميم نتائج هذه الدراسة باستخدام أدوات أخرى بل هي نتائج نسبية إلى الشروط والمنهجية والأدوات التي اختبرت بها فرضيات البحث الحالي.

4) مناقشة النتائج في ضوء الفائدة التطبيقية للدراسة.

تظهر الفائدة التطبيقية لنتائج الدراسة انطلاقاً من عدد من النقاط المهمة نختصرها فيما يلي:

ـ التحصل على مجموعة من المعايير النفسية للاختبارات التي تم تطبيقها في الدراسة لتوظيفها بعد ذلك لأهداف تربوية أو أكاديمية أو إرشادية أو عيادية أو مهنية.

ـ التوصل إلى طريقة في تشخيص وتصنيف اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية **PTSD** والأحداث الصدمية من خلال قائمة الأحداث الصدمية واختبار تشخيصي مقنن على درجة مقبولة من الثبات والصدق.

ـ طرح مجموعة من التوصيات الوقائية للتخفيف من تأثير اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية بالإضافة إلى المساهمة في توفير معطيات عن أحداث صدمية منتشرة أكثر وعن اضطراب الضغوط التالية للصدمة تعد على إثره برامج وقائية للمصدومين من بعض شرائح المجتمع الجزائري.

5) مناقشة النتائج في ضوء ما يمكن أن تسفر عنه الدراسة من أسئلة وفروض مستقبلية جديرة بالبحث والدراسة.

تجدر الإشارة إلى بعض ما يمكن أن تثيره الدراسة الراهنة من أسئلة موجهة للبحوث المستقبلية التي تكمل مناقشة نتائج الدراسة الحالية:

ـ دراسة اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى الأطفال والراشدين والتعرف على إمكانية وجود اختلاف بين الشرائح الثلاثة .

ـ دراسة العلاقة بين إدراك أحداث الحياة الضاغطة والإصابة بالأمراض النفسية والجسمية.

ـ دراسة العلاقة بين أساليب المواجهة والإصابة بالمرض النفسي والجسمي.

- دراسة أنماط الشخصية وعلاقتها بالإصابة باضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية، حيث توصلت الدراسات إلى أن أفراد النمط أ يتسمون بالاكتئاب والقلق وهي أعراض اضطرابPTSD[1].

- دراسة تنمية تأكيد الذات والمهارات الإجتماعية لدى مرضى اضطرابات ما بعد الصدمة.

- دراسة أثر مدة الحدث الصدمي في إحداث التغيرات المعرفية والاضطرابات النفسية لدى المصدومين والوقوف على دور "الإزمان". في كفاءة الأداء على اختبارات الوظائف المعرفية والحالة النفسية لدى عينة من المصدومين.

- دراسة تقدير الذات ومركز الضبط الداخلي كمتغيرات وسطية في التقييم المعرفي للأحداث الصدمية والإصابة باضطرابات ما بعد الصدمة.

وقبل أن نختم هذه الدراسة، تبقى لنا أن نعرض بعض جوانب القصور التي وقعت فيها الباحثة وكذلك بعض الصعوبات العملية التي واجهتها.

- الإقتصار على دراسة فئة واحدة من المصدومين وهي المراهقين دون التطرق إلى الفئات الأخرى، والوقوف على التغيرات التي طرأت على العمليات المعرفية دون الفئات الأخرى من الأطفال والراشدين.

- عدم التطرق لدراسة متغير "إزمان الصدمة" مدة الصدمة وأهميتها في توضيح الفروق في كفاءة الوظائف المعرفية والحالة النفسية لدى مرضى اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية.

- عدم الإعتماد على التشخيص الطبي لاضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية لأن العينة كبيرة تتجاوز 2000 حالة والاعتماد على التشخيص من خلال اختبار **PTSD** وكذلك لا يزال حتى الآن تشخيص اضطراب **PTSD** من التشخيصات النادرة في مجال الطب النفسي لما يتضمنه من أعراض مرضية قد تتداخل مع العديد من الاضطرابات النفسية الأخرى كالقلق والاكتئاب والوسواس القهري....... وبالتالي يمكن أن يتم تشخيص اضطراب **PTSD** في بادئ الأمر ولكن في الدراسة العيادية والتعمق مع الحالة يظهر أن هناك ارتباط قوي بين الاضطراب النفسي (الاكتئاب، القلق، الوسواس القهري) ووقوع الحدث الصدمي لدى الفرد وما يترتب عنه من أعراض تشخص على أنها أعراض اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية بعدها.

---

[1] جمعة ، يوسف،2001 ، النظريات الحديثة في تفسير الأمراض النفسية، مراجعة نقدية ، القـاهرة، دار غريـب للطباعة والنشر.ص.169.

ثالثا- إستخلاص عام لنتائج البحث:

خلصت الدراسة الراهنة إلى الكشف عن أكثر الاحداث الصدمية انتشارا وترتيبها وفق شدة الأبعاد الثلاثة التي جاء بها الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في طبعته الرابعة عام 1994، حيث أن الحدث لا يكون صدمياً إلا إذا توفرت فيه شروط معينة، والتي تتمثل في التهديد بالموت والرعب والعجز عن التصرف. وانطلاقا من هذا تتناولت دراستنا محورين هامين وهما: الأحداث الصدمية والاضطرابات التالية لها في مقاربة إيبدميولوجية تغوص في مقدار انتشار الأحداث الصدمية المطورة لاضطراب ما بعد الصدمة وفق مصدرها وآثارها وتحديد أولوياتها في التأثير.

أما المحور الثاني من الدراسة فتطرق إلى علاقة اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية وكفاءة الأداء على بعض العمليات المعرفية والحالة النفسية لدى أفراد عينة البحث في المجتمع الجزائري. واتضح من نتائج ترتيب الأحداث الصدمية أن الحدث الصدمي الطبيعي الزلزال هو أكثر الأحداث الصدمية انتشاراً لدى التلاميذ لأنه حدث صدمي وقع يوم 2003/5/21 وشعر به كثير من الناس من ولاية بومرداس والجزائر ومن الطبيعي أن تستجيب له فئة هامة من تلاميذ ولاية بومرداس، ولقد ترتبت هذه الأحداث الصدمية من خلال إجابة عدد من التلاميذ كما يلي:

كارثة طبيعية أجاب عنها(1962)،وفاة عزيز نتيجة قتل من طرف الإرهاب (781)، تفجير إرهابي (654)، هجوم مسلح (708)، وفاة عزيز نتيجة زلزال أو فيضانات(598)، كارثة طبيعية فيضان (596)، انهيار مسكن بسبب الزازال أو الفيضان وأنت فيه (478)، رؤية حادث مرعب(644)، فقد أحد من العائلة نتيجة عملية إرهابية (595)، الإعتداء بالضرب (556)، حادث خطير بالسيارة (768)، وفاة عزيز نتيجة حادث سيارة(367)، حادث آخر مؤلم(256)، سرقة (452)، تعرض للغرق(286)، حريق بالمنزل(245)، إعتداء جنسي(58)،الإختطاف أو محاولة الاختطاف (68)، حادث طائرة (56)، ضياع طفل أو فقدانه(56)، التعذيب(18)

أما عن فرض الدراسة الثاني والذي مفاده اختلاف نسبة التلاميذ الذين تعرضوا أو شاهدوا الأحداث الصدمية حسب شدة تأثير الأبعاد الثلاثة للحدث الصدمي المطورة

لـ **PTSD**، فقد كشفت نتائج الدراسة أن الأحداث الصدمية البشرية أخذت أكبر النسب مقارنة بالأحداث الصدمية الطبيعية، حيث سجل الحدث الصدمي "كارثة طبيعية زلزال" نسبة 97.95 % لتليها الأحداث الصدمية البشرية الأخرى،وسجل الحدث الصدمي "وفاة عزيز نتيجة قتل من طرف الإرهاب" 38.99 % وسجل الحدث الصدمي "حادث خطير بالسيارة" نسبة 38.34% ، كما سجل الحدث الصدمي "هجوم مسلح" 35.34 %،وسجل الحدث الصدمي" تفجير إرهابي" 32.65% ، والحدث الصدمي "رؤية حادث مرعب" 32.15.% أما الحدث الصدمي وفاة عزيز نتيجة زلزال" فسجل 29.85 % ، وسجل حدث "كارثة طبيعية فيضان" 29.75 %، وسجل "وفقد أحد من العائلة" 29.70 %، وسجل الحدث " الإعتداء بالضرب" 27.76 ، وسجل حدث "كارثة طبيعية فيضان" 29.75 % ، وسجل الحدث الصدمي "انهيار مسكن بسبب الزلزال أو فيضان وأنت فيه " 23.86%، أما الحدث الصدمي "سرقة" فسجل 22.57 % والحدث الصدمي "وفاة عزيز نتيجة حادث بالسيارة" 18.32 % وسجل الحدث الصدمي"التعرض للغرق" 14.28 % ،الحدث الصدمي "حادث أخر مؤلم" سجل 12.78 %. والحدث الصدمي "حريق بالمنزل" 12.23 %. أما الأحداث الصدمية الأخرى وهي الاختطاف، والإعتداء الجنسي، وحادث طائرة، ضياع طفل أو فقدانه ، التعذيب فقد سجلت 3.39 %، 2.89% ، 2.79 %، 2.79 %، 0.89 % على التوالي.

أما عن فرض الدراسة الثالث والذي مفاده وجود تأثير دال احصائيا لمتغير النوع في درجة الإحساس بالأثر السلبي للحدث الصدمي المطورلـ **PTSD** ، فقد كشفت نتائج الدراسة عن تحقق الفرض الثالث بشكل جزئي في بعض الأحداث الصدمية دون الأخرى. فوجدنا أن هناك فروق بين الذكور والإناث في درجة الإحساس بالأحداث الصدمية التالية: حادث خطير بالسيارة، الزلزال، الإعتداء الجنسي، وفاة عزيز نتيجة حادث خطير بالسيارة، وفاة عزيز نتيجة قتل من طرف الإرهاب، التعرض للغرق، تفجير إرهابي، السرقة، حادث آخر مؤلم، وهذا على بعد التهديد بالموت. وقد كانت النتائج لصالح الإناث في كل الأحداث الصدمية الا الاحداث الصدمية التالية:

"حادث خطير بالسيارة ،التعرض للغرق، والسرقة فقد كان لصالح الذكور، أما على بعد الرعب فقد بينت الدراسة أنه توجد دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في الأحداث الصدمية التالية: الإعتداء بالضرب،هجوم مسلح، ورؤية حادث مرعب، والإعتداء الجنسي، وانهيار مسكن بسب الزلزال أو فيضان وأنت فيه، والزلزال، والفيضان، وحادث طائرة، ووفاة عزيز نتيجة حادث سيارة،وفاة عزيزنتيجة قتل من طرف الإرهاب، وفاة عزيز نتيجة الزلزال، والتعرض للغرق، وحريق بالمنزل، والتفجير الإرهابي، وفقد أحد من العائلة نتيجة عملية إرهابية، والسرقة. كانت النتائج لصالح الإناث إلا الأحداث الصدمية التالية: الإعتداء بالضرب ، انهيار مسكن بسبب زلزال أو فيضان وأنت فيه، ، التعرض للغرق، وفقد أحد من العائلة نتيجة عملية إرهابية. أما على بعد العجز عن التصرف، فإن نتائج الدراسة بينت أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في الأحداث الصدمية التالية: حادث خطير بالسيارة، الاختطاف، هجوم مسلح،فيضان، وفاة عزيز نتيجة حادث سيارة، رؤية حادث مرعب، الإعتداء الجنسي، انهيار مسكن بسبب زلزال أوفيضان وأنت فيه، وفاة عزيز نتيجة قتل من طرف الإرهاب، التعرض للغرق، التفجير الإرهابي، فقد أحد من العائلة نتيجة عملية إرهابية وكانت النتيجة لصالح الإناث ماعدا الأحداث الصدمية التالية: الاختطاف، حادث خطير بالسيارة، انهيار مسكن بسبب الزازال أو الفيضان وأنت فيه، وفاة عزيز نتيجة حادث سيارة، وفاة عزيز نتيجة قتل من طرف الإرهاب، فقد أحد من العائلة نتيجة عملية إرهابية.

أما فرض البحث الرابع والذي مفاده وجود تأثير للنوع في أعراض اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية حيث بينت نتائج الدراسة أنه ليس هناك دلالة لقيم ت على جميع الأبعاد المكونة لمقياس اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية، وهذا يدل على عدم وجود فروق جوهرية بين الذكور والإناث في مقدار الإحساس بأعراض اضطراب **PTSD**. وبالتالي عدم تحقق الفرض الرابع للدراسة.

أما فرض البحث الخامس والذي مفاده وجود فروق بين المراهقين المبكرين والمراهقين المتأخرين في أعراض اضطراب**PTSD** ، فقد دلت نتائج الدراسة الحالية على عدم وجود هذه الفروق بين النوعين وبالتالي لم تتحقق الفرضية الخامسة للبحث

أما فرض البحث السادس والذي مفاده وجود تأثير دال إحصائياً بين شدة اضطراب الضغوط التالية للصدمة والحالة النفسية للتلاميذ،فقد أوضحت نتائج الدراسة أن هناك فروق دالة إحصائياً بين شدة اضطراب **PTSD** والحالة النفسية للتلاميذ ومعناه تحقق الفرض السادس للبحث ، حيث هناك فرق لصالح مرتفعي اضطراب **PTSD** في ارتفاع درجات اضطرابات القلق، والوسواس القهري والاكتئاب، أما الهستيريا والمخاوف المرضية والأمراض النفسجسدية فلم تسجل فروق دالة إحصائياً مع شدة اضطراب **PTSD.**

أما فرض البحث السابع والذي مفاده وجود فروق دالة إحصائياً بين المصدومين من طرف البشر في شدة اضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية والمصدومين من طرف الطبيعة، وقد بينت نتائج الدراسة الراهنة تحقق فرض الدراسة، وأن هناك فروق دالة إحصائياً بين المصدومين من طرف الطبيعة والمصدومين من طرف البشر حيث سجلت درجة المصدومين بالحدث الصدمي الزلزال والفيضان أقل المتوسطات مقارنة بالمصدومين من طرف الأحداث الصدمية المتسبب فيها الانسان.

أما عن فرضية البحث الثامنة، والتي مفادها وجود فروق دالة إحصائيا بين المصابين وغير المصابين باضطراب **PTSD** في كفاءة الآداء على اختبارات الانتباه والتذكر والحالة النفسية، وقد دلت نتائج البحث أن هناك فروق دالة إحصائياً بين المصابين وغير المصابين باضطراب **PTSD** في كفاءة الأداء على اختبارات الانتباه والتذكر والحالة النفسية، وقد تحقق فرض البحث الثامن جزئياً، وقد أبدى المصابون باضطراب **PTSD** كفاءة ضئيلة مقارنة بغير المصابين بنفس الاضطراب على اختبارات العمليات المعرفية والحالة النفسية ماعدا اختبار إعادة الإنتاج البصري واختبار سعة الحروف اللذين جاءت كفاءة الأداء عندهما غير دالة إحصائياً .

أما فرض البحث التاسع والذي مفاده وجود تأثير دال إحصائياً بين الذكور والإناث في كفاءة الأداء على اختبارات الانتباه والتذكر والحالة النفسية للتلاميذ وقد دلت نتائج الدراسة على أن هناك فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث في كفاءة الأداء على اختبار إعادة الانتاج البصري 13.98 مقابل 11.80 فيما يتعلق باختبارات التذكر وعلى اضطراب

الهستيريا فيما يتعلق باختبار الحالة النفسية ،فكانت اتجاهات الفروق لصالح الإناث9.10 مقابل 5.45، أما الاختبارات الأخرى فلا يوجد اختلاف بين الذكور والإناث في أدائها بتوفر المرض.

أما فرض البحث العاشر والذي مفاده وجود فروق دالة إحصائياً بين المراهقين والمراهقين المتأخرين المصابين باضطراب PTSD في كفاءة الأداء على اختبارات الانتباه والتذكر والحالة النفسية فقد دلت نتائج الدراسة أنه لا يوجد فروق دالة إحصائيا بين المراهقين والمراهقين المتأخرين في كفاءة الأداء على اختبارات العمليات المعرفية والحالة النفسية إلا اختبار سعة الأرقام الذي توجد فيه فروق بين المراهقين والمراهقين المتأخرين في كفاءة الأداء عليه. أما الاكتئاب فتوجد فيه فروق دالة إحصائياً في كفاءة الأداء على اختبارات الحالة النفسية أي أن المراهقين المبكرين والمتأخرين والذين يبلغون من العمر 15 ـ 18 سنة و19 ـ 22 سنة لا يختلفون في أ دائهم على كل من الاختبارات المعرفية والحالة النفسية إلا في اختبار سعة الأرقام أين تفوق المراهقون ذوي 15 ـ 18 سنة على المراهقين ذوي 19 ـ 22 سنة، حيث بلغت درجة اختبار سعة الأرقام لديهم 2,80 و 2,50على الترتيب. أما الاكتئاب فبلغت درجته عند الفئة ذات 15 ـ 18 سنة 10.70 بينما بلغت عند الفئة الثانية ذات 19 ـ 22 سنة درجة 8.10.

ملخص الفصل السابع

عرضنا في هذا الفصل محاولة لمناقشة نتائج الدراسة الحالية بقسميها الوبائي والعيادي، كما حاولنا ربط نتائج الدراسة مع بعض نتائج الدراسات السابقة والنظريات المفسرة لاضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية، ثم حاولنا تفسير النتائج في ضوء تصور نظري مقترح ومرتكز على أساس النظريات والنماذج التي جاءت في الفصل الثالث المفسرة لاضطراب **PTSD** وكذلك علىأساس الفائدة النظرية والتطبيقة للدراسة، ثم تطرقنا إلى بعض التساؤلات التي يمكن أن تكون موضوعات لدراسات مستقبلية لنختم الفصل بعرض بعض الثغرات التي تفطنت إليها الباحثة وإستخلاص عام لنتائج البحث.

خاتمة ومقترحات البحث:

بعد الانتهاء من عرض ومناقشة نتائج البحث نستطيع أن نخرج ببعض المقترحات التي يمكن أن تساعد في الوقاية الأولية والثانوية من الاصابة بـ PTSD ويمكن أن نجملها في النقاط التالية: ـ

1) توعية الأفراد بمفهوم الأحداث الصدمية من حيث مصادرها وما يترتب عنها من ردود أفعال انفعالية وتغيرات معرفية ووجدانية وسلوكية.

2) الإعداد لمواجهة الكوارث قبل وقوعها وذلك من خلال برامج مواجهة الضغوط.

3) توضيح العلاقة بين التفكير السلبي والتقييم السلبي للحدث الصدمي وما ينتج عنه من ردود الفعل لمواجهته.

4) تدريب الأفراد على عدم الانفعال الزائد وضبط الذات عند التعرض للأحداث الصدمية.

5) تدريب الأفراد على تغيير الأفكار السلبية بأفكار أكثر إيجابية حتى لا يسقط الفرد في أفكاره السلبية وبالتالي في الاضطراب.

6) المساهمة في إعداد برنامج علاجي للمصابين باضطراب الضغوط التالية للصدمة، والذي يتضمن الأهداف العلاجية التالية:

- تخفيف أعراض القلق والاكتئاب والوسواس القهري والإستثارة الزائدة وذلك عن طريق تقنيات سلوكية معرفية (الاسترخاء، قوائم المراقبة الذاتية، تغيير الأفكار السلبية، تأكيد الذات، توقيف الأفكار......).
- تقليل لوم الذات، ومعالجة الحدث الصدمي بشكل عقلاني.
- التعرض التخيلي لمثيرات الحدث الصدمي، مع التدريب على الاسترخاء والتنفس العميق لإزالة القلق أو التخفيف منه.
- التدريب في مواقف حية وفعلية على استخدام أسلوب خفض الحساسية المنتظم، ويشجع على استخدامه في المنزل في مواجهة بعض المواقف الفعلية بالتدرج.

- استخدام التمرينات السلوكية، بهدف تقليل الاستجابات الترويعية.

إعادة البناء المعرفي لمساعدة المفحوص على التعرف على تصوراته الذهنية المشوهة اللاتكيفية ومعتقداته الخاطئة واختبارها في الواقع وتصحيحها أو استبدالها بأفكار وأنماط سلوكية أكثر تكيفية، حيث تشير الدراسات إلى أن العلاج المعرفي كعلاج نفسي هدفه الأساسي التركيز على دور الإدراكات والمعارف اللاتوافقية المشوهة في استثارة الضبط النفسي لدى المصاب باضطراب **PTSD** وبالتالي وجب التركيز على الأفكار الآلية المرتبطة بالصدمة والتي غالبا ما تنشأ بسبب المعتقدات الانهزامية الذاتية المحبطة التي تبقي وتزيد من قوة الصور الذهنية والأفكار الأتوماتيكية المرتبطة بالصدمة[1].

---

[1] عبد الحليم، إيمان مرجع سبق ذكره، ص.185.

قائمة المراجع

أ)- قائمة المراجع باللغة العربية :

1. أرنوف ويتيج(1977)، ترجمة عادل عز الدين الأشول، محمد عبد القادر عبد الغفار، عبد العزيز السيد الشخص ، نبيل عبد الفتاح، نظريات ومسائل في مقدمة علم النفس ،القاهرة، دار ماكروهيل للنشر.

2. الخواجة، جاسم محمد، (1996). بناء مقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة في المجتمع الكويتي، دراسات نفسية مج 6، ع3 يوليو.

3. الرشيدي ، بشير، منصور، طلعت ، الخليفي إبراهيم، الناصر ، فهد ، بورسلي.بدر، النابلسي محمد ، القشعان حمود (2000). سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية في الطفولة و المراهقة ، المجلد الثاني ،ط1، الكويت ، الديوان الاميري، مكتب الانماء الاجتماعي

4. الرشيدي بشير ، منصور طلعت ، النابلسي محمد ، الخليفي إبراهيم ، الناصر فهد ، بورسلي بدر ، القشعان حمود، (2000). سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية ، الإكتئاب و إظطرابات المزاج، المجلد السابع، الكويت، الديوان الأميري ، مكتب الإنماء الإجتماعي.

5. الرشيدي بشير ، منصور طلعت، النابلسي محمد، الخليفي إبراهيم، الناصر فهد، بورسلي بدر، القشعان حمود، (2001). سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية : اضطراب الضغوط التالية للصدمة مجلد (1)، التشخيص، الطبعة الأولى، الكويت، الديوان الأميري مكتب الإنماء الاجتماعي.

6. الرشيدي، بشير، منصور طلعت، النابلسي محمد، الخلفي إبراهيم، الناصر فهد، بورسلي بدر، القشعان حمود ،(2001) . سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية، اضطراب الضغوط التالية للصدمة (العلاج)، مجلد 2، الكويت ، الديوان الأميري، مكتب الإنماء الاجتماعي.

7. الرشيدي بشير، مرسي كمال، الحمادي عبد ا ، الخرافي نورية، أبل كاظم التركيت فوزية، بورسلي بدر، خواجه جاسم، الديحاني طلال ، (2002). "اضطراب الضغوط التالية للصدمة – الخبرة الكويتية في التشخيص والعلاج " الحلقة النقاشية الثامنة، الكويت، مكتب الانماء الاجتماعي.

8. الزراد، فيصل(2000). الأمراض النفسية الجسدية ، أمراض العصر، بيروت.دار النفائس.

9. الشرقاوي، أنور محمد، (1984). العمليات المعرفية وتناول المعلومات. القاهرة، الأنجلو مصرية .

10. الصبوة، محمد نجيب (1984)، القدرة على تكوين التصورات العامة لـدى مختلـف الفئـات السيكاترية، رسالة ماجستير، كلية الأداب، جامعة القاهرة (غير منشورة).

11. الصبوة محمد نجيب، (2000). مراجعة نظرية نقدية لأثر اضطرابات مـا بعـد الصـدمة والعوامل المرتبطة بها على كفاءة بعض الوظائف النفسية لدى عينات عربية وعالمية مـن المصدومين: دراسة وبائية إكلينكية مجلة الثقافة النفسية، سبتمبر،44 (1).

12. الطويل عزت ،(2005). رؤية إسلامية في الانفعـالات والأمـراض النفسجسـمية، الـنفس المطمئنة، العدد 80 يناير.

13. الغباشي، سهير فهيم (1988). التمييز بين فئات مرضى الصـرع فـي الأداء علـى بعـض الاختبارات المعرفية وبعض مقاييس الشخصية، الرسالة دكتـوراه، كليـة الأداب، جامعـة القاهرة، (غير منشورة)،

14. لفقي إسماعيل محمد، (1988). دراسة تجريبية لأثر نوع المعلومات ومقدارها ومستواها فـي مدى الانتباه، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة عين شمس (غير منشورة).

15. القرشي، عبد الفتاح، (2001). تصميم البحوث في العلوم السلوكية القاهرة، دار القلم للنشـر والتوزيع.

16. إيزاك ماركس، (بدون سنة نشر). التعايش مع الخوف، فهم القلق ومكافحته، ترجمة، نجـاتي عثمان ، القاهرة، دار الشروق

17. بوجون، كريستوف، كيروكريستوف (2005)، الانتباه و النجاح المدرسي، ترجمة وجيه أسعد، دمشق، منشورات وزارة الثقافة

18. ترول ، ثيموتي (2007). علم النفس الاكلينيكي ، ترجمة طعيمة داوود زين الدين حنان ، عمان، دار الشروق .

19. جمعة، يوسف،(2001) .النظريات الحديثة في تفسير الأمراض النفسـية، مراجعـة نقديـة، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر.

20. حامد ماجدة(1986) التمييز بين الجماعات الإكلينيكية المختلفة على اختبارات الذاكرة قريبة المدى ، رسالة ماجستير ، كلية الآداب ، جامعة القاهرة ، غير منشورة

21. حسن فوقية،(2004)،الاضطربات المعرفية والمزاجية ، تشحيص وعلاج ،القاهرة، دار الكتاب الحديث.

22. روبرتا كلاتسكي (1995)، ذاكرة الإنسان، بنىعمليات في ضوء منهجية علم النفس المعرفي ترجمة: جمال الدين الخضور، دمشق، وزارة الثقافة،

23. زروق أسعد، (1979). مراجعة عبد ا عبد الدايم، موسوعة علم النفس، بيروت، المؤسسـة العربية للدراسات والنشر.

24. زين الدين امتثال، (2007). علم النفس المعرفي، وصـف ودراسـة الهندسـة المعرفيـة و الوظائف العقلية، بيروت، دار المنهل اللبنانية.

25. سولسو روبرت، علم النفسي المعرفي, ترجمة محمد نجيب الصبوة, مصطفي عمـر كامـل، محمد الحسانين الدق , القاهرة, مكتبة الانجلو المصرية, ص.350.

26. شويخ كلاوس، شراينكة غيرت (2006) الكرب أو الشدة النفسية، ترجمة الياس حـاجوج ، دمشق ، دار علاء الدين،

27. صالح محمد علي، نوفل محمد بكر، (2007)، تعليم التفكير، النظرية والتطبيق، عمان، دار الميسرة.

28. عبد الباقي سلوى ،(1992). الاكتئاب بين تلاميذ المدارس، دراسات نفسية العدد 2.

29. عبد الحليم، إيمان (2004). أثر اضطرابات ما بعد الصدمة على كفـاءة بعـض الوظـائف المعرفية والتوافق النفسي الاجتماعي لدى عينة من المصـدومين، رسـالة دكتـواره كليـه الأداب، جامعة القاهرة غير منشورة.

30. عبد الخالق أحمد ، فهمي محمد، عباس عادل، الزيد أحمد، الصمام ريما عبد السـلام نهلـة، عجوز إيمان، (2000). دراسة إيبديمولوجية، الاضطرابات التالية للأحداث الصدمية الطبعة الأولى الكويت، مكتب الإنماء الاجتماعي.

31. عبد الخالق أحمد، (1993). اضطراب الضغوط التالية للصدمة ، الكويت، عالم الفكر، مجلـد 2، (العدد الأول).

32. عبد الخالق أحمد، (1998) . الصدمة النفسية مع إشارة خاصة إلى العدوان العراقي على دولة الكويت، مطبوعات جامعة الكويت .

33. عبد الخالق، أحمد،(2000). الدراسة التطورية للقلق ، الأزاريطة دار المعرفة الجامعية،.

34. عبد الخالق أحمد، (2002). الوسواس القهري التشخيص والعلاج، جامعة الكويـت ، نشـرة علمية. مجلس النشر العلمي.

35. عبد الستار ابراهيم (1998) :الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمـه واسـاليب علاجـه، الكويت ،دار المعرفة.

36. عبد القوي، سامي، (2001). علم النفس العصبي الأسس وطرق التقييم ، مطبوعات جامعـة الامارات العربية المتحدة، الطبعة 1.

37. عرعار، سامية ،(2003). تشخيص الاكتئاب الاستجابي والعصابي والتكفل النفسي بالمصابين من الراشدين، علاج معرفي سلوكي رسالة ماجستير كلية العلـوم الاجتماعيـة والإنسـانية جامعة الجزائر (غير منشورة).

38. غسان يعقوب، (1999). سيكولوجيا الحروب والكوارث ودور العلاج النفسـي (اضـطراب ضغوط ما بعد الصدمة) بيروت، لبنان، دار الفرابي.

39. فتة عبد الرحمن.(2001)، فاعلية نموذج بيك المعرفي في خفض درجـة الاكتئـاب، كليـة الأداب، جامعة عين شمس، رسالة دكتوراه، غير منشورة

40. فرج عبد القادر طه ، محمود السيد أبو النيل، شاكر عطيه قنديل ، حسين عبد القادر محمـد، (بدون سنة نشر) . معجم علم النفس و التحليل النفسي ، بيروت ، دار النهضة العربية .

41. فوقية عبد الفتاح،(2005) علم النفس المعرفي بين النظرية والتطبيـق، القـاهرة، دار الفكـر العربي، ط1

42. لابلانش جان. بونتاليس ج.ب (1985). معجم مصطلحات التحليل النفسي، ترجمة مصـطفى حجازي ، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية.

43. ماهر عمر،(2007). التعامل مع الصدمات النفسية، رؤية تحليلية لممارسات مـاهر عمـر الإرشادية العلاجية، سيكولوجيات جماهرية، الولايات المتحدة الأمريكية، أكاديمية ميتشجان للدراسات النفسية.

44. مجدي محمد، (2000). علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بأحداث الحياة لدى المتضـررين من حرب الخليج الثانية، كلية الأداب، جامعة عين شمس (دكتوراه غير منشورة).

45. محمد سمير محمود (2004) . تأثير المعالجة الرقمية لعناصر الشكل المرئي للصحيفة علـى انتباه وتذكر القراء للأخبار في إطار نظرية تمثيل المعلومات. دراسة تحليلة لقسم الصحافة. كلية الإعلام بجامعة القاهرة. رسالة دكتوراة.كلية الأداب جامعة القاهرة. غير منشورة.

46. محمد نعيم شريف(1994): دراسة عن مدى الارتباط بين الـذاكرة القصـيرة والطويلـة ، دراسات نفسية مج 4 ع4 أكتوبر،، ص.557 ، 570.

قائمة المراجع باللغة الاجنبية:

47. Adler , A. (1943). Neuropsychiatric complications in victims of Bostons concount Grove Disaster, journal American Medical Association.
48. Allan Young, (1995). The harmony of illusions, inventing post traumatic stress disorder, New Derseu, Princeton university press.
49. Americain Psychiatric association (1994) . Diagnostic and statistical Manual of mental disorders, 4 th ed. washington criteres diagnostiques traduction française (1996) par Guelfi. J. D et al, Paris, Masson.
50. American Psychiatric association (APA). (1994) Diagnostic and statistical Manual of mental Disorders (D SM-IV),. Washington, DC.
51. American psychiatric Association : Diagnostic and statistical Manual of mental disorders , 4th ed.
52. American Psychological Association (APA) (1987). Thesaurus of psychological index terms USA.
53. Andre, CH,légeron,P,(1998). la peur des autres trac,timidité et phobie sociale, Paris,edition odile jacob.
54. Barlow, DH, 1993 clinical hand book of psychological disorders a step-by-step treatment manual, London: the Guilford press, second edition.
55. Berslaw,N.; Davis; G.C.; Andereski, P.; & peter son. E.; (1991) traumatic Events and post traumatic stress disorder in an urban population of young adults. Archives of General Psychiatry 48.
56. Blanchard , EB.; K B, KOLB, LC, Gerardi , RJ.; Ryan, P, Pall meyer , T.P,(1986) Cardiac Response to Relevant stimuli As An Adynctive Tool For Diagnosing Post traumatic Stress Disorder in Vietnam veterans behavior therapy.

57. Bloch, h, chemma, R , Gallo, A, Leconte, P, Le Ny, J.F, Postel, J.Moscovici, S, Moscovici, M, Reuclin, M, Vurpillot, E, : grand Dictionnaire dela psychologie. Paris larouse.

58. Bonnie L, K reen, Mathew J, Friendman, Joop T.V. M de Jong susan D. Solomon, Terence M keane John A. Fair Bank Brigid Donelan, Ellenfrey Wonters (2003), Trauma intervention in war and peace prevention practice, and policy, New York, Kluwer Academic plenum publishers.

59. Bouatta, CH, (2007). Les Traumatismes Collectifs en Algérie, Alger, Casbah éditions.

60. Braconnier, A,Margelli ,D (1998) , l'adolescence au mille visages,Paris éditions Odile Jacob.

61. Crocq l. Steinitz. A, (1992): L'inventaire – échelle de nevrose traumatique in psychologie medicale 24,5 paris. Copyright societé presse medicale.

62. Crocq, L, (1992): Panorama Des séquelles Des thaumatismes psychiques, nevroses traumatiques, états de stress post traumatiques et.autres séquelles,in psychologie médicale, 24-5: Paris.

63. Crocq,L,(2000),Critiqe du concept d'Etat de stress post traumatique, in troubles psychiques post traumatiques, ministere de la sante et de la population, societe Algerienne de la Psychiatrie .

64. Daniel Andler, (1992). Introduction aux sciences cognitives, folio essais.

65. Davidson, J. Roth, S & New Man, (1991) E, Fluoxetine in post traumatic stress disorder, journal of traumatic stress.

66. Davidson, J.R.T, Swartz, M.S.; Storck, M.; Krishnan, K.R.R.& Hammett, E.B. (1986). Adiagnostic and Family study of post-traumatic stress disorder. American of psychiatry, 142.

67. Ehlers,a,mayoo,R,A,&bryant,b;(1998). Psychological predictors of chronic post traumatic stress disorder after motor vehicle accidents. Journal of abnormal psychology 107 (3).

68. Everly , GS. Psychrotraumatoloy 1995 Key papers and core concepts in post traumatic stress , Plenum, New York,.

69. Fair Bank, J.A.; Schelenger, W.E.; SAIGH,P.A.;DAVIDSON J.R.T.; (1995),"AN Épidemilogic profile of post traumatic stress disorder, prevalence comorbidity and Risk factors, IN Friedman M.J, charney D.S, Deutch AY (coord). Neurbiological and clinical consequences of stress, from normal adaptation to post stress disorder, lippincott- RA Ven, Philadelphia.

70. Fereri,M,Et Col., (1999). Les troubles anxieux, paris, ellipes.

71. FORTIN.C, ET ROUSSEAU, R, (1992). Psychologie cognitive, presse du Quebee.

72. Galante, R, foa D. 1986 An epidemiological of psychic trauma and treatment effectiveness for children after a natural disaster, J.A M acad hild adolesc. psychiatry..

73. Gilbert, V, Porche, L, M, Simeoni, M, (1999) Etat de stress post traumatique chez l'enfant et l'adolescent, enfant victime d'agression, Paris, Masson,.

74. Godefroid, Jo, (1991), psychologie, Sciences humaines et science cognitive Belgique de Boeck, université Bruxelles 1ére édition.

75. Goenjian, A.k; najrian, L.M; pynoos, R.S& Steinberg, A.M. (1994). Post traumatic stress Dissorder in armenia, American journal of psychiatry, 151 (6).

76. Green. B.L., & Solomon, S.D.(1995). natural and technological disasters. In J.R.freedy & S.E. Hobfoll (EDS). Traumatic stress: from theory to practice (pp.163-180) new york plenumpress .

77. Hal Gin, R., Whitbourne, S.K. (1993). Abnormal psychology the human experience of psychological disorder. London: Harcourr Brace College publishe.

78. Helzer, J.E.; Robins,LN.; & mc Evoy, L.; (1987). post traumatic stress disorder in the general population: findings of the epidemiologic catchment area survey New england journal of medecine.

79. Hyer,L, woods, M,G, Boudewyns, P,A, (1991). PTSD and Alexithymia importance of emotional clarification in treatment in Psychotherapy, vol 28 N.01.

80. Keane, T. M.; Wolfe, J. & Taylor, K .C. (1987). post traumatic stress : evidence for diagnostic validity and methods of psychological assessment. journal of clinical psychology.

81. Kendall, p.c; Hammen, c (1995) Abnormal psychology; Nex Jersey Houghton Mifflin Company.

82. Koretzky, M.B.; & Peck , A. (1990). Validation and cross – validation of the PTSD of MMPI with civilian trauma victims. journal of clinical psychology.

83. Lagreca, A.M.; Silverman, W.K.& wasserstein, S.B , (1998). children's predisaster functioning as a predictor of post traumatic stress following hurricane Andrew, journal of consulting and clinical psychology. 66 (6).

84. Lazarus, R.S & folk man, (1984) stress appraisal and coping, New York Springer.

85. Lindsay , S,J, E,powell G,E,(1994) the hand book of clinical adult psychology, second édition ,London, routledge

86. Matsakis,A.(1994).posttraumatic stress disorder : acomplete tretmente guide. Oakland,ca : new harbinger pub., inc.

87. Mcfarlane, MY (1986), along- term, psychiatric morbidity after a natural disaster, medical Journal of Australia.

88. Meichenbaum, D. (1994), Aclinical Handbook Practical Therapist Manual for Assessing Awol Treating Adults with post traumatic stress disorder (PTSD). Institute press.

89. Murphy, S. (1986). Health and recovery status of victims one and three years following anatural disaster. In c.r, figley (ed). Trauma and its wake. Vol. (pp.133-155) new york: brunner-mazel publishers.

90. Nally, MC, R.J, shin, l (1995), association of intelligence with severity post traumatic stress disorder symptoms in Vietnam combat veterans, AM.J, psychiatry 1152, 6.

91. Peterson, K. C,porut,M.F&schwarz,R.A..(1993). post traumatic stress dissorder : Aclinician Guide New York : plenum press.

92. POSNER MI & BOIES , S.J. (1971) Components of Attention psychology Review 75.

93. Posner, M.I., Presti, D.E & Prinsmental, W., (1986). does attention affect visual features integration. Journal of experimental psychology : Human perception and performance, experimental psychology : Human perception and performance.

94. Pratiques de soins et psychotrauma, (2002)manuel pour la prise en charge des enfants traumatises, bureau de L'unicef en Algerie, Alger

95. Pynoos , R.S & Nadir, K. (1993). Issues in the treatment of post traumatic stress in children and adolescents. in J.P. Wilson & B. Raphael (EDS). International hand book of traumatic stress syndrome (pp.125-144). New york : plenum series.

96. Pynoos, R.S, Tashylan, M. et al (1993): post traumatic stress reactions in Children after the 1988 Armenia, EARTH QUAKE, British, journal of psychiatry, 163.

97. Rosenheck, R.;& Fontana.; A.; (1989). the war stress inventory west haven, cTt: veterans administration north at program evaluation center.

98. Schunk, K.H (1991). Learning theories: an education perspective, New York Macmillan publishing company.

99. Selley, C.; King, E; Peveler, R.; Osola; K.; Martin, n.&Thompson, C. (1997). Post-traumatic stress disorder symptoms and the Clapham Rail accident. British Journal of psychiatry.

100. Sillamy,N. Dictionnaire de Psychogie LT , Paris Bordas.

101. Sillamy, N, (1980) , Dictiornaire En cyclopedique de psychologie A-K, Paris, Bordas

102. SOLSO, L, ROBERT (1998). Cognitive psychology, Fifth edition, copyright printed in the United States of America.

103. Stephen O'Brien L. (1998), Traumatic events and mental health, cambridge, university press.

104. Stonkov, L. (1988). A Ging. Attention and intelligence, psychology and aging.

105. Terr, L.C, (1991), child hood traumas: An outline and overview Am J.psychiatry.

106. The ICD-10 (1992). Classification of mental and Behavioral disorder: clinical description and diagnostic guidelines" geneva: world health organization.

107. Titchner, J. (1986): post traumatic decline: A consequence of unresolved destructive drives. In C.R.Figeley (Ed). Trauma and its wake (vol.11). New York, publischers Brurnner –mazel.

108. Trimble , M.R.(1985), Post–Traumatic stress disorder: History of a concept, in c.r figley (Ed), trauma and its wake vol 1 new york : mazel.

109. Wilkinson, J.D & Campbell, E.A., (1997). Psychology in conseling and therapeutic practice, new York, John Wiley & Sons.

110. Xiangdon, W.; LAN, G.; shinfuku, noataka & zhang, h. (2000). Longitudianl study of earthquake- related PTSD in a randomly selected community sample in north china. Americain journal of consulting and clinical psychology. 70 (1).

111. Yule, w. (1994), post traumatic stress disorder in: ollendick T.H, international hand-book of phobic and anxiety disorder in children and adolescents – plenum, new York, press, 223-240.

Ziess, R., & Dickman, H, (1989), PTSD 40 year later: incidence and person situation correlates in former pows journal of clinical psycholog

قائمة الملاحق :

قائمة الأحداث الصدمية

مقياس إضطراب الضغوط التالية للصدمة

مجموعة أسئلة للحالة النفسية

المقابلة المقننة

إختبار شطب الحروف

إختبار شطب الأرقام

اختبار الذاكرة اللفظية

إختبار التعرف السمعي (قائمة التعرف على الكلمات)

إختبار القصة القصيرة

الرقم: ....
الجنس:......................................
المستوى التعليمي:................
السن:..
مكان الإقامة:...............................

قائمة الأحداث الصدمية

تعليمات:

فيما يلي عدد من الأحداث التي يمكن أن يتعرض لها أي شخص ، الرجاء منك أن تقرا كل حادث منها وتضـع دائـرة على رقم الحادث الذي تعرضت له شخصيا ، أو كنت شاهدا عليه. ابدا الآن

الرقم	الحادث	التهديد بالموت	الرعب	العجز
1	حادث خطير بالسيارة			
2	الاعتداء بالضرب			
3	الاختطاف(أو محاولة الاختطاف) من طرف الإرهاب			
4	هجوم مسلح			
5	رؤية حادث مرعب			
6	التعذيب			
7	اعتداء جنسي			
8	إنهيار مسكن بسبب الزلزال/ فياضان وأنت فيه			
9	زلزال			
10	فيضان			
11	حادث طائرة			
12	وفاة عزيز نتيجة حادث سيارة			
13	وفاة عزيز نتيجة قتل من طرف الإرهاب			
14	وفاة عزيز نتيجة زلزال			
15	التعرض للغرق			
16	حريق بالمنزل			
17	ضياع طفل أو فقدانه			
18	تفجير إرهابي			
19	فقد أحد من العائلة			
20	فقد أحد من العائلة نتيجة عملية إرهابية			
21	سرقة			

إذا وضعت دائرة ، إقرا الحادث أو الأحداث التي وضعت دائرة على رقمها، وبين إلي أي حد شعرت أثناء هذه الحادث بأنه قد سبب اك التهديد بالموت والرعب والعجز وذلك باختيار رقم من خمسة أرقام و وضعه في العمود المناسب تبعا لما يلي:

1	2	3	4	5
لا	قليلا	أحيانا	كثيرا	دائما

هل هناك حادث تعرضت إليه أو كنت شاهدا عليه، ولم يرد ضمن قائمة الأحداث المقدمة اك سابقا.

إذا كانت الإجابة بـ نعم فما هو هذا الحادث: نعم ☐ لا ☐

....

بين إلي أي حد شعرت أثناء الحادث بأنه سبب

الشعور بالموت	لا	قليلا	أحيانا	كثيرا"	دائما"
الرعب	لا	قليلا	أحيانا	كثيرا"	دائما"
العجز	لا	قليلا	أحيانا	كثيرا"	دائما"

مقياس إضطراب الضغوط التالية للأحداث الصدمية PTSD

التعليمية:

إليك هذه العبارات التي تصف حالتك ومشاعرك خلال هذه الأيام أو ما مضى من أيام. قدر هذا الوصف والشعور باختيارك لأحـد البدائل التالية من خمسة بدائل

إطلاقا نادر"ا أحيانا كثير"ا دائما"

I الشعور بمعاودة الحدث	**إطلاقا**	**نادر"**	**أحيانا**	**كثير"**	**دائما"**
1- أشعر بالقلق كلما اقتربت الذكرى السنوية للصدمة					
2- أشعر بضيق وألم نفسي عميق عندما أو أجه مواقف تثير في الصدمة					
3- عندما استعيد شريط ذكريات الصدمة المؤلمة أشعر أو أتصرف كما لـو أنني أعيش الصدمة مرة أخرى					
4- تنتابني أحلام مزعجة عن الصدمة تسبب لي الضيق والانزعاج					
5- أشعر بحلق مقبوض عندما أتعرض لمواقف تشبه الصدمة					
6- تزداد خفقات قلبي عندما أتعرض لأشياء تذكرني بالصدمة.					
7- يتصبب مني العرق ، عندما أواجه أشياء تذكرني بالصدمة					
8- أشعر أن أفكار"ا مرتبطة بالصدمة تقتحم عقلي.					
II تجنب المنبهات المرتبطة بالصدمة					
9- أبذل جهدي لأتجنب أي كلام عن الصدمة					
10- أبذل جهدي لأطرد الأفكار التي تراودني عن الصدمة.					
11- أجاهد نفسي لمقاومة أي مشاعر مرتبطة بالصدمة.					
12- لم أعد أحتمل ممارسة أي نشاط يثير في ذكرى الصدمة.					
13- أتجنب بكل قوة أي موقف يثير في ذكرى الصدمة.					
14- أخاف عندما أكون في المكان الذي حدثت فيه الصدمة.					
15- أعجز عن استرجاع جانب مهم من الصدمة.					
III - فقدان الاهتمام والإحساس بالخدر					
16- فقدت الاهتمام بهواياتي السابقة.					
17- أصبحت مهملا" لعملي.					
18- فقدت أي مبادرة لأداء أي نشاط					
19- لم تعد لي الرغبة في المشاركة في أنشطة كنت أهتم بها من قبل.					
20- أشعر أنني لن أعيش طويلاً.					
21- أشعر أنني عاجز عن حب الأخرين.					
22- أعتقد أن لدي مستقبل غامض (غير واعد)					
23- يبدو الأخرين غرباء عني فأتجنبهم.					
24- أشعر بأن انفعالاتي مخدرة (عدم المبالاة).					
IV الاستثارة الدائمة / إفراط التنبه					
25- أصبح نومي متقطعا					
26- أجد صعوبة في النوم.					
27- أصبحت أنفجر غضبا لأتفه الأسباب					
28- أقل ضجيج يجعلني أقفز من مكاني					
29- أجد صعوبة كبيرة في التركيز					
30- أشعر بتوتر وإنقباض عضلاتي					
31- أنا مستثار كثيرا					

					V مشاعر الذنب
					32- الوم نفسي لأنني بقيت علي قيد الحياة
					33- أشعر بالتقصير اتجاه من فقد حياته
					VI التعب النفسي
					34- اشعر بالخمول والكسل
					35- اشعر بتعب عضلي كثير
					36- اشعر بإجهاد كبير لاداء مجهود قليل
					37- اصبحت انسى كثيرا
					VII اضطرابات سلوكية
					38- اصبحت اوصف بالعصبي
					39- اصبحت عدوانيا اتجاه الآخرين
					40- تنتابني نوبات بكاء
					41- فقدت شهيتي للطعام
					42- الجا إلي الكحول او المخدرات للتخفيف من حالتي.
					43- اعتقد ان حياتي ستنتهي بالانتحار
					VIII اضطرابات نفسية عصابية
					44- اصبحت اتجنب الاماكن المزدحمة بالناس
					45- اغسل يدي مرات كثيرة
					46- اشعر بالخوف الشديد بدون سبب
					47- اشعر بالحيرة واللامن
					48- اتاكد من إغلاق الابواب، الحنفيات...قبل النوم
					49- تسيطر علي افكار سيئة
					50- اشعر بالحزن لدرجة لا تحتمل
					51- ينتابني خوف عندما اجد نفسي امام تجمع
					52- اعود للمنزل للتاكد من غلق الابواب
					53- لا استطيع ان اتحكم في إنفعالاتي
					54- اشعر بعدم الراحة النفسية
					بعد الحدث اصبحت:
					IX الاضطرابات النفسجسدية
					55- اعاني من امراض جلدية
					56- اشتكي من الام في الظهر
					57- اعاني من ارتفاع في الضغط
					58- تنتابني الام واوجاع في الراس

					59- اعاني من اضطرابات في هضم الطعام
					60- اشعر بالام في القلب او الصدر
					61- اعاني من إمساك مزمن
					62- اعاني من برودة الاطراف في الجو الحار

الثانـــويـــة :

الـــنوع :

مكان الإقامة :

الـــســـن :

مجموعـــة أسئلـــة للحالـــة النفسيـــة

الصورة العربية لمقياس مستشفى ميدل سكس

إعداد النسخة باللغة العربية انطلاقا من النسخة العامية (المصرية)

01)-	هل تحس كثير أنك مضطرب من دون سبب ؟	نعـم ( ) لا ( )
02)-	هل تشعر أنه سيغمى عليك ؟	كثيرا ( ) ساعات ( ) أبدا ( )
03)-	هل تشعر أنك لست مرتاحا ؟	كثيرا ( ) ساعات ( ) أبدا ( )
04)-	هل تحس أحيانا برعب شديد ؟	نعـم ( ) لا ( )
05)-	هل تعتبر نفسك شخص قلق على العموم ؟	نعـم ( ) قليـلا ( ) أبـدا ( )
06)-	هل تحس في الغالب أنك متوتر داخليا ؟	نعـم ( ) لا ( )
07)-	هل أحسست في وقت من الأوقات أنك على وشك الإنهيار ؟	نعـم ( ) لا ( )
08)-	هل تحلم أحلام مزعجة ؟	كثيرا ( ) ساعات ( ) أبدا ( )
09)-	هل يحدث لك خوف شديد بدون سبب إذا كنت في مكان ضيق أو مكان مزدحم أو مصعد ؟	كثيرا ( ) ساعات ( ) أبدا ( )
10)-	هل تشعر بأنك سوف تصاب بمرض ليس له علاج ؟	كثيرا ( ) ساعات ( ) أبدا ( )
11)-	هل تحس أنك مرتاح أكثر وأنت جالس داخل المنزل ؟	أكيـد ( ) ساعات ( )
12)-	هل تحس بضيق عندما تركب الحافلة أو القطار حتى ولو لم يكن هناك إزدحام ؟	كثيـرا ( ) قليـلا ( ) أبدا ( )
13)-	هل تكره أن تخرج لوحدك أي هل تفضل أن يبقى معك أحد ؟	نعـم ( ) لا ( )
14)-	هل تقلق أكثر من المعتاد عندما يتأخر أحد من عائلتك عن موعد رجوعه إلى البيت ؟	نعـم ( ) لا ( )
15)-	هل تخاف من الأدوار العالية أو الأماكن المرتفعة ؟	كثيرا ( ) ساعات ( ) أبدا ( )
16)-	هل تشعر بالرعب في الأماكن المزدحمة ؟	دائمـا ( ) ساعات ( ) أبدا ( )
17)-	هل يقول الناس عليك أنك حساس ذو ضمير حي أكثر من المعقول ؟	نعـم ( ) لا ( )
18)-	هل تظن أن النظافة من أهم الأشياء الموجودة في الحياة ؟	نعـم ( ) لا ( )
19)-	هل تجد أن أفكارا سانجة (سخيفة) أو ليس لها معنى تدور في ذهنك ؟	كثيرا ( ) ساعات ( ) أبدا ( )
20)-	هل تحس أنك مرتاح أكثر عندما تكون تعمل ؟	نعـم ( ) لا ( )
21)-	هل أنت تدقق في الأشياء أي تريد أن تفعل كل شيء بدقة؟	نعم ( ) لا ( ).
22)-	هل تحب أن تتأكد من الأشياء التي تفعلها أي تعيد ذلك أكثر من المعتاد ؟	نعـم ( ) لا ( )
23)-	هل يضايقك لو أن النظام الذي تعودت عليه كل يوم تغيره ولو مرة ؟	قليلا جدا ( ) قليلا ( ) أبدا ( )
24)-	هل غالبا ما تنشغل بأشياء لا تستحق ؟	كثيرا ( ) ساعات ( ) أبدا ( )
25)-	هل تحدث لك دوخة و لا تستطيع أن تتوازن ؟	كثيرا ( ) ساعات ( ) أبدا ( )
26)-	هل تشعر أن صحتك متدهورة وأن لديك عسر هضم ؟	نعـم ( ) لا ( )
27)-	هل تحس ساعات بتنميل وآلام في جسمك أو يديك أو رجلك ؟	قليلا جدا ( ) كثيرا ( ) أبدا ( )

-(28	هل فقدت شهيتك في المدة الأخيرة ؟	نعـم ( ) لا ( )
-(29	هل تحس أنك متعب ومرهق من غير سبب كافي ؟	كثيرا ( ) ساعات ( ) أبدا ( )
-(30	هل تستغرق في النوم بمجرد وضع رأسك على الوسادة ؟	نعـم ( ) لا ( )
-(31	هل تتعرق وتزداد ضربات قلبك ؟	كثيرا ( ) لا ( ) نعـم ( )
-(32	هل تعاني من أمراض جلدية ؟	نعـم ( ) لا ( )
-(33	هل تستطيع أن تفكر وتحل مشاكلك بسرعة كما في السابق ؟	نعـم ( ) لا ( )
-(34	هل تشعر أن الحياة كلها تعب ؟	كثيرا ( ) ساعات ( ) أبدا ( )
-(35	هل أنت نادم على كثير من أفعالك التي حدثت في الماضي ؟	نعـم ( ) لا ( )
-(36	هل تستيقظ مبكرا كل صباح ؟	نعـم ( ) لا ( )
-(37	هل تمر عليك أوقات تبقى حزين فيها لمدة طويلة ؟	كثيرا ( ) ساعات ( ) أبدا ( )
-(38	هل تحس أنه يجب أن تبذل مجهود كبير لكي تخرج من أو تتغلب على مشكلة ما ؟	كثيرا جدا ( ) ساعات ( ) مثـل أي شخص ( )
-(39	هل تحس أنك تريد أن تبكي ؟	كثيرا ( ) ساعات ( ) أبدا ( )
-(40	هل تحس أن شعورك تغير اتجاه الناس من حولك ؟	نعـم ( ) لا ( )
-(41	هل يستطيع الناس أن يؤثروا على رأيك أي هل يجعلوك تغير رأيك بسرعة ؟	نعـم ( ) لا ( )
-(42	هل كنت تريد أن تمثل في أي فترة من فترات حياتك ؟	نعـم ( ) لا ( )
-(43	هل أنت شخص عاطفي جدا ؟	نعـم ( ) لا ( )
-(44	هل تحب أن الناس تهتم بك وتنتبه إليك كثيرا ؟	نعـم ( ) لا ( )
-(45	هل تستغل الظروف كي تحقق أغراضك ؟	كثيرا ( ) ساعات ( ) أبدا ( )
-(46	هل تدفع كثير من المال على اللباس والمظهر ؟	نعـم ( ) لا ( )
-(47	هل تحب المواقف المؤثرة والملفتة للنظر ؟	نعـم ( ) لا ( )
-(48	هل تشعر أنك تتظاهر أو تمثل ؟	نعـم ( ) لا ( )

المقابلـة العياديـة المقننـة

من إعـــداد : ستينيرتـز *A. Steinirtz* وكـ ـروك *L. Crocq*

أ- الحـدث الصدمـي
اللقب :...............................الإسم:......................................الرقم:..........................
السن :............................النوع:................................تاريخ الفحص:................
تاريخ الصدمة:..............الساعة:.................................الفترة (المدة):..................
مكان الصدمة:..
وصف مختصر للصدمة وظروفها:... ....
المفحوص كان : وحـده [ ] مرفوقا [ ] حـدد [ ]

تقدير الصدمة، سطر البنود التي تنطبق على المفحوص 5	
1- عنف الصدمة : 0 / ليس هناك صدمة 1/- صدمة متخيلة (هوامية) 2/- صدمة خاصة بالمفحوص فقط 3/- صدمة خفيفة لأي شخص 4/- صدمة متوسطة لأي شخص 5/- صدمة عنيفة لأي شخص	
2- حصة السبب الإنساني: 0/ كارثة طبيعية 1/- كارثة تكنولوجية 2/- حادث بسبب خطأ إنساني 3/- حرب 4/- عدوان 5/- اغتصاب، تعذيب	
3- الأثر الجسدي : 0/ جرح، جروح متعمدة، حريق، عطب، سمعي، فقدان الوعي، العناية المركزة، (تسبيخ) (من 0 إلى 5).	
4- الأثر النفسي : خوف، رعب، شعور بالعجز، شعور بالإهمال، اكتئاب، خلط في التوجه، اللاشخصانية ، (0 إلى 5).	
5- تنفيس مبكر (تحرير الصدمة): أثناء : إمكانية الدفاع، الهروب، الصراخ، الحوار، القيام	

بتصور ذهني. بعـد : نوبة انفعالات.........[0 تنفيس.........5/ عدم تنفيس]	
وقت الكمون (فترة ما بين الصدمة وظهور PTSD): حدد الساعات أو الأيام أو الشهور.	

ب /- السوابــق الشخصيـــة والمرضية القبلية	
السوابـق العائليـة : حدد : من ، ماذا، متى. - نفسجسديـة [ ] - سيكاتريـة [ ] - صدمات نفسية [ ] **السوابـق الشخصيـة** : حدد ماذا، في أي سن. - طبية جراحية ذات تأثير نفسي [ ] - ذهانيـة [ ] - عصابيـة [ ] - مضادة للمجتمع [ ] * **الصدمات النفسية السابقة** : حدد ماذا، في أي سن، ما هي الانعكاسات **أحـداث حياتية أخـرى** : حدد : ماذا، في أي سن، ما هي ردود الفعل ؟ * **الشخصيـة القبلية** : وصفها أو إظهار سمات الشخصية.	

<table>
<tr><td colspan="4">ج /- سلم للتقديـــر العيـــادي</td></tr>
<tr><td colspan="4">اللقب :....................الإسم:.........................الرقم:...............تاريخ الفحص :..............</td></tr>
<tr><td colspan="4">- سطر البنود المتعلقة بالمفحوص.
- قدر شدة كل خانة (من 0 خالية إلى 5)</td></tr>
<tr><td rowspan="5">تـــنـــاذر الإعــــادة (نـــوعــــي)</td><td>1- توفر تناذر الإعــادة</td><td>هلاوس، ذكريـات مقتحمـة، الكـوابيس والأحـلام المعاودة بشكل مضايق (ردود الفعـل الترويعيـة) ، الحاجة للتكلم، تذكر الحادث بشكل معاون والتصرف كما لو كان الحدث الصدمي يعـاود الحـدوث مـرة أخرى (درجة 0 إلى 5 أعراض).</td><td></td></tr>
<tr><td>2- المعاش النفسي لتناذر الإعادة</td><td>مفاجأة، رعب، اكتئاب، حيرة، قلق، شعور بالإهمال، معايشة العجز، غضب، شعور بالصدمة، الشدة مـن (درجة 0 إلى 5).</td><td></td></tr>
<tr><td>3- المصاحبة النور إعاشية</td><td>اصفرار، عرق، دوار، غصة فـي الحلـق، عسـر التنفس، ارتجاف، غثيان، التبول، الرغبة في التبول، ارتخاء عصبي، (الشدة من 0 إلى 5).</td><td></td></tr>
<tr><td>4- تكـرار الإعـــادة</td><td>0 أبدا، 1/- مرة واحد في العام، 2/- عدة مرات في العام، 3/- مرة في الأسبوع، 4/- عدة مرات فـي الأسبوع، 5/- كل يوم أو عدة مرات في اليوم.</td><td></td></tr>
<tr><td>5- حساسيــة للمثيــر</td><td>0/غير حساس، 1/ قليل الحساسية، 2/جـد حسـاس للمثيرات.
النوعية : 3/ قليل الحساسية لأي منبه، 4-5/جـد حساس لأي منبه.</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">أعراض عصابية أخــرى</td><td>6- قلــق معمــم</td><td>حيرة، شعور بالا أمن، خوف بدون موضوع، فقدان التحكم، الانفعالي، توتر داخلي، شعور بعدم الراحـة (من 0 إلى 5).</td><td></td></tr>
<tr><td>7- تعـب نفســي</td><td>جسدي: خمول، كسل، تعب عضلي، إجهـاد لأدنـي مجهود نفسي، صعوبة التركيز، اضطرابات الذاكرة، تعب جنسي (من 0 إلى 5).</td><td></td></tr>
</table>

	8- الأعراض النفسية العصابية	هستريا (شلل، فقدان الإحساس) مخاوف، تهويل، الخوف من التجمعات، أفكار استحواذية، وسواس قهري، إتباع طقوس معينة.	
	9- اضطرابات نفسجسدية	ربو، ارتفاع الضغط، إكزيما وبعض الأمراض الجلدية الأخرى.	
	10- اضطرابات السلوك	نوبات عصبية، انفجارات العنـف، نوبـات بكـاء، محاولات انتحارية، هروب من المنزل، فقدان الشهية أو الإفراط فيها.	
الشخصية الصدمية العصابية (النوعية)	11- حالة تنبه (استثارة)	توتر حركي، إفراط في اليقظة، قلق المحيط، مقاومة النوم، استيقاظ محير منتصف الليل.	
	12- تنـ ـ ـاذر التجنـب	مجهود لتجنب الأفكار والمشاعر المرتبطة بالصدمة، بذل جهد كبير لتجنب النشاطات أو المواقف التي تثير ذكرى الصدمة، الهروب علـى شـكل إفـراط فـي النشاطات، النسيان النفسي لبعض أبعاد الصدمة (من 0 إلى 5).	
	13- فقـ ـدان الاهتمـام	فقد الاهتمام بالهوايات والعمل، فقدان المبادرة، هبوط في المردودية، نقص في النشاطات، فقد الصلة بالعالم الخارجي، الشعور بالمستقبل الغامض (من 0 إلى 5).	
	14- النكـ ـوص النرجسـ ـي	البحث عن الحماية، تمركز حول الذات، الحاجة إلى الاهتمام والتقدير، العجز عن حب الآخرين، بـ ـرودة في العلاقات مع الآخريـ ـن.	
	15- العلاقات الإجتماعيـ ـ ـ ـة	مشاعر الانفصال أو الغربة عن الآخـرين، شـعور الفرد بأنه أصبح غير مفهوم، غير مـدعوم وغيـر معوض، عدم الثقة، حساسية، العدوانيـة وثـورات الغضب.	

التقدير الكلي بـ 15 خانـ ـة / 75....................	
تقييم الكلـ ـي :...	
تعليقات عيادية على الفحص............................	

الإسم :..................
اللقب :..................
المستوى:..............
السن:.................

إختبـــار شطـــب الحـــروف

التعليمة : أشطب على حرف " **ت** " و " **ح** " .

ب . س . ج . ر . ز . و . ح . خ . أ . ب . ت . ق . ك . ن . ي . و . خ . ج . و . ح . ك . ق . ث . ت

ك . ب . خ . ز . ح . ك . ر . و . س . ش . ر . ت . س . م . ن . ك . ع . ر . ب . غ . ت . ش . م . ت

ح . س . ل . ن . ح . ب . ث . ز . خ . ت . ك . و . س . ن . ل . ت . غ . ل . ح . ك . ن . ب . ر

ز . ت . ن . م . ت . س . ك . ب . ت . ح . س . ر . و . ي . ت . ر . ح . س . ش . ك . ر . ت . س

ر . ت . ب . ن . غ . ك . ح . ن . ر . ب . و . ت . س . ش . ك . ن . ر . س . ح . ث . ج . س . ر

ت . ح . خ . ج . ر . ز . ص . ب . ث . ج . ح . خ . ل . ك . و . ر . ف . ت . ق . ج . ح . د . و . خ

ي . س . ج . ر . س . ت . ث . ب . و . ك . ت . ز . ر . ش . ح . خ . ج . و . ف . ر . ك . ل . ي

ت . ج . و . ل . ك . ح . ص . ل . ي . ف . و . ت . ك . ج . ف . ر . خ . س . ش . ت . ر . ز . ك

ح . م . د . ق . م . ل . ز . ن . ر . ت . ف . ق . ح . ز . م . س . ل . غ . ن . ص . ف . ي . ت . ز

ف . ر . ت . ج . ح . م . و . ي . ز . ح . ج . م . ت . ج . ف . ح . ن . ر . ف . ت . ز . ي . غ . خ

و . م . ي . خ . ت . و . ف . د . ج . ك . س . ش . و . ق . ف . د . ز . ج . م . ك . غ . ت . ح . و

د . ز . ش . ك . ف . خ . ح . د . و . ق . ز . ت . أ . م . ل . س . ح . و . س . ح . ط . ص . ط

الإسم :.................
المستوى:.............
السن:................

إختبـ ـار شطـ ـب الأرقـ ـام

التعليمة : أشطب على كل رقم **5** إذا كان مسبوقا برقم زوجي وكل رقـ ـم **9** إذا كـ ـان مسبوقا برقم فردي إبدأ الآن :

5.3.1.7.6.5.8.5.9.7.5.6.3.4.6.2.9.8.5.8.6.3.

5.6.4.9.5.8.5.4.9.5.2.1.5.8.5.4.9.5.8.9.5.6.

1.6.5.6.7.8.6.5.2.3.1.9.8.5.1.21.9.8.5.6.3.1.

6.5.9.7.9.4.9.6.3.1.8.9.1.9.4.5.3.1.5.7.6.5.

1.9.7.8.6.4.9.1.9.3.1.9.7.5.4.9.4.3.5.9.1.9.

7.3.6.5.4.10.9.1.9.6.4.1.5.6.2.4.3.9.4.7.9.3.

4.7.1.0.9.5.7.6.5.10.9.3.8.4.5.6.1.3.5.4.9.5.

9.4.2.1.5.6.9.1.5.4.9.10.8.4.5.6.4.2.1.3.5.9.

9.2.5.1.3.4.9.8.9.3.5.4.8.9.8.4.5.6.4.9.8.7.6.

9.3.4.5.1.7.6.4.6.4.6.8.6.4.9.3.6.8.4.1.9.3.

6.5.1.9.3.5.6.3.4.5.1.9.5.6.2.3.1.9.4.5.6.4.

الإسم :..................
اللقب :..................
المستوى:..............
السن:.................

إختبـــار الذاكــرة اللفظيــة

1/- إختبار سعة الأرقام :
أ)- إعادة الأرقام :

7.6.1

6.9.2.5

9.3.5.2.8

1.8.7.2.5.3

2.5.3.8.1.6

1.3.5.1.6.4.7.2.9

8.2.7.6.3.0.1.9.4

د)- إعادة الأرقام بالعكس :

إعطاء نفس السلسلة ولكن هذه المرة يطلب من المفحوص إعادتها بالعكس :

2/- اختبار سعة الحروف :

ج . ع . ر

و . ك . ن . ب

ش . غ . ت . م . ر

م . ر . ز . س . ن . ك

ن . ث . ج . ن . ك . ر . س

خ . م . ك . ي . غ . و . س . ت

س . ع . ر . ك . ن . ش . ز . م . ص

إختبـــار التعـــرف السمعـــي

قائمـــة الكلمـــات

بطة، عقد، مدير، كراس، ساحة، ثلج، قلم، جزر، طفلة، بيض، شمعة، مسطرة، قائمـــة، دائرة، شعر، طبيب، مطر، حرية، طاولة، شجر.

(طاولة، طفلة) ، (دائرة، عجلة) ، (مطر، خبز) ، (خشب، شجر) ، (حريـــة، بطاطـــا) ، (طبيب، معلمة) ، (شعر، قطار) ، (شمعة، حقيبة) ، (بيض، دجاج) ، (طفـــل، رجـــل) ، (جزر، موز) ، (قلم، قلم رصاص) ، (ثلج، حليب) ، (ساحة، عمارة) ، (كتب، كراس) ، (مدير، معلم) ، (عقد، ساعة) ، (حشيش، بطة) ، (قاعة، ملعب) ، (مسرة، حبل).

ملحق اختبار القصة القصيرة

يحكى أن

رجلا كان يتمشى في أدغال إفريقيا حيث الطبيعة الخلابة وحيث تنبت الأشجار الطويلة، بحكم موقعها في خط الاستواء وكان يتمتع بمنظر الاشجار وهي تحجب اشعة الشمس من شدة كثافتها ، ويستمتع بتغريد العصافير ويستنشق عبير الزهور التي التي تنتج منها الروائح الزكية .

وبينما هو مستمتع بتلك المناظر سمع صوت عدو سريع والصوت في ازدياد ووضوح والتفت الرجل إلى الخلف واذا به يرى أسداً ضخم الجثة منطلق بسرعة خيالية نحوه ومن شدة الجوع الذي ألم بالأسد، شعر أن خصره ضامر بشكل واضح.

أخذ الرجل يجري بسرعة والأسد وراءه وعندما أخذ الأسد يقترب منه رأى الرجل بئرا قديمة فقفز الرجل قفزة قوية فإذا هو في البئر